

REGLEMENT INTERIEUR DU G.H.P.P.



Groupement Hospitalier Portes de Provence



Quartier Beusseret – BP 249
26216 MONTELMAR Cédex



04 75 53 40 00

LinkedIn



www.gh-portesdeprovence.fr

SOMMAIRE

PREAMBULE	10
CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	11
SECTION I : ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	11
ARTICLE 1 – GHPP : ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE	11
ARTICLE 2 – MISSIONS DU GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE	11
ARTICLE 3 – OFFRE HOSPITALIERE DE SOINS AU GHPP	12
ARTICLE 4 – STRUCTURES DE SOINS ALTERNATIVES A L’HOSPITALISATION AU GHPP	12
4.1 HOSPITALISATION DE JOUR	12
4.2 STRUCTURE PRATIQUANT L’ANESTHESIE OU LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	12
4.3 HOSPITALISATION A DOMICILE.....	13
4.4 TELESANTE.....	13
SECTION II : PILOTAGE INSTITUTIONNEL	14
ARTICLE 5 – DIRECTION	14
5.1 DIRECTEUR D’ETABLISSEMENT, PRESIDENT DU DIRECTOIRE	14
5.2 EQUIPE DE DIRECTION.....	14
ARTICLE 6 – GOUVERNANCE MEDICALE.....	15
6.1 PRESIDENTE DE LA CME, VICE-PRESIDENTE DU DIRECTOIRE, COORDONNATRICE MEDICALE.....	15
6.2 VICE-PRESIDENTE DE LA CME	15
ARTICLE 7 – COORDINATION GENERALE DES SOINS, DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES.....	15
7.1 DIRECTEUR DES SOINS (DS)	15
7.2 INSTITUT DE FORMATION SOINS INFIRMIERS, AIDES SOIGNANTS.....	16
7.3 QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....	16
ARTICLE 8 – INSTANCES INTITUTIONNELLES REPRESENTATIVES.....	17
8.1 CONSEIL DE SURVEILLANCE	17
8.2 DIRECTOIRE.....	17
8.3 COMMISSION MEDICALE D’ETABLISSEMENT (CME)	18
8.4 COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)	18
8.5 COMITE SOCIAL D’ETABLISSEMENT (C.S.E).....	19
8.6 COMMISSION DES USAGERS (CDU)	19
ARTICLE 9 – ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES.....	19
9.1 COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES /CONSULTATIVE PARITAIRE.....	19
9.2 COMMISSION D’ACTIVITE LIBERALE (CAL).....	20
ARTICLE 10 – ORGANISATION DES SOINS ET DU FONCTIONNEMENT MEDICAL.....	21
10.1 COMMISSION DE L’ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (COPS).....	21
10.2 COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD).....	21
10.3 COMITE DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)	21
10.4 COMITE DE PILOTAGE DU MEDICAMENT.....	22
10.5 COMITE DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET D’HEMOVIGILANCE (CSTH).....	22

10.6 COMITE DE REFLEXION ETHIQUE.....	22
10.7 CONSEIL DE VIE SOCIALE (CVS).....	22
ARTICLE 11 – DISPOSITIF DES VIGILANCES SANITAIRES AU GHPP.....	23
11.1 VIGILANCES SANITAIRES A L’HOPITAL.....	23
11.2 COMMISSION DES FLUIDES MEDICAUX.....	25
11.3 DEPOT DE SANG.....	25
11.4 MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRES.....	25
SECTION III : ORGANISATION MEDICALE AU GHPP	25
ARTICLE 12 – ORGANISATION POLAIRE.....	26
12.1 MISSIONS DES POLES.....	26
12.2 PRATICIEN CHEF DE PÔLE.....	26
ARTICLE 13 – RESPONSABLES DES STRUCTURES MEDICALES ET MEDICO-TECHNIQUES.....	27
ARTICLE 14 – PHARMACIE A USAGE INTERIEUR.....	27
ARTICLE 15 – DEPARTEMENT D’INFORMATION MEDICALE.....	27
15.1 FONCTIONNEMENT.....	27
15.2 TRAITEMENT AUTOMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES – DROIT D’ACCES.....	28
ARTICLE 16 – PERSONNEL MEDICAL.....	28
ARTICLE 17 – INTERNES ET STATUTS ASSIMILES.....	28
ARTICLE 18 – SAGES-FEMMES.....	29
ARTICLE 19 – CONTINUITE & PERMANENCE DES SOINS ET PHARMACEUTIQUE.....	29
ARTICLE 20 – VISITES MEDICALES QUOTIDIENNES.....	29
SECTION IV : AUTRES ACTIVITES EXERCEES PAR LES PRATICIENS HOSPITALIERS ET PAR LES PROFESSIONNELS LIBERAUX	29
ARTICLE 21 – ACTIVITE LIBERALE.....	29
ARTICLE 22 – VALENCES EXERCEES PAR LES PRATICIENS HOSPITALIERS.....	30
ARTICLE 23 – ADMISSION AU SEIN DU GHPP DE PROFESSIONNELS EXERCANT A TITRE LIBERAL.....	30
SECTION V : SERVICE DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE AU GHPP	31
ARTICLE 24 – PROFESSIONNELS DE SANTE PARAMEDICAUX.....	31
ARTICLE 25 – COMPOSITION ET MISSIONS DU SERVICE SOCIAL.....	31
ARTICLE 26 – PSYCHOLOGUES.....	31
CHAPITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE	32
SECTION VI : NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE	32
ARTICLE 27 – NATURE DES REGLES DE SECURITE.....	32
ARTICLE 28 – OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE.....	32
SECTION VII : SECURITE GENERALE	32
ARTICLE 29 – SECURITE INCENDIE.....	32
ARTICLE 30 – PERSONNEL DE SECURITE INCENDIE ET DE PROTECTION DES BIENS ET PERSONNES.....	33
ARTICLE 31 – MATERIEL DE SECURITE GENERALE.....	33
ARTICLE 32 – TROUBLES A L’ORDRE PUBLIC OCCASIONNES DANS L’ENCEINTE DE L’HOPITAL.....	34

<i>32.1 PAR UN PATIENT.....</i>	<i>34</i>
<i>32.2 PAR LES VISITEURS OU TOUT AUTRE INDIVIDU.....</i>	<i>34</i>
ARTICLE 33 – REGLES DE RESPONSABILITE.....	34
ARTICLE 34 – SITUATIONS EXCEPTIONNELLES.....	34
ARTICLE 35 – RAPPORT AVEC LES FORCES DE SECURITE INTERIEURE ET LES AUTORITES JUDICIAIRES.....	35
SECTION VIII : SECURITE DU FONCTIONNEMENT	35
ARTICLE 36 – MAITRISE DES RISQUES	35
ARTICLE 37 – GARDE ADMINISTRATIVE ET ASTREINTES TECHNIQUE & INFORMATIQUE.....	35
<i>37.1 GARDES ADMINISTRATIVE.....</i>	<i>35</i>
<i>37.2 ASTREINTES TECHNIQUE ET INFORMATIQUE.....</i>	<i>35</i>
ARTICLE 38 – INTERDICTION DE FUMER - HOPITAL SANS TABAC	36
SECTION IX : ACCES, CIRCULATION ET STATIONNEMENT	36
ARTICLE 39 – ACCES DIVERS	36
<i>39.1 ANIMAUX.....</i>	<i>36</i>
<i>39.2 DETENTION ET TRAFIC DE PRODUITS ILLICITE / D’ARMES OU OBJET DANGEREUX.....</i>	<i>36</i>
ARTICLE 40 – ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L’HOPITAL	37
<i>40.1 VISITES ET RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS</i>	<i>37</i>
<i>40.2 STAGIAIRES EXTERIEURS.....</i>	<i>37</i>
<i>40.3 ASSOCIATIONS DE BENEVOLES</i>	<i>38</i>
<i>40.4 PROFESSIONNELS DE LA PRESSE.....</i>	<i>38</i>
<i>40.5 ACCOMPAGNANTS PRIVES</i>	<i>38</i>
<i>40.6 NOTAIRES.....</i>	<i>38</i>
<i>40.7 VISITEURS MEDICAUX & ENTREPRISES COMMERCIALES.....</i>	<i>39</i>
<i>40.8 DEMARCHEURS, PHOTOGRAPHES, AGENTS D’AFFAIRES ET ENQUETEURS.....</i>	<i>39</i>
ARTICLE 41 – CIRCULATION	39
<i>41.1 NATURE DE LA VOIRIE HOSPITALIERE.....</i>	<i>39</i>
<i>41.2 SECURITE DES VOIES.....</i>	<i>39</i>
<i>41.3 REGLES APPLICABLES.....</i>	<i>40</i>
ARTICLE 42 – STATIONNEMENT	40
ARTICLE 43 – RESPONSABILITES	41
CHAPITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PARCOURS DU PATIENT	43
SECTION X : DISPOSITIONS GENERALES	43
ARTICLE 44 – DROITS DU PATIENT HOSPITALISE.....	43
ARTICLE 45 – RESPECT DE LA PERSONNE	43
ARTICLE 46 – PRINCIPE DU LIBRE CHOIX	43
ARTICLE 47 – INFORMATION AUX PATIENTS SUR LES RISQUES LIES AUX SOINS	43
ARTICLE 48 – CONSENTEMENT ET REFUS AUX SOINS	44
<i>48.1 CONSENTEMENT ECLAIRE.....</i>	<i>44</i>
<i>48.2 CONSENTEMENT AUX INTERVENTIONS MEDICALES/CHIRURGICALES.....</i>	<i>44</i>

<i>48.3 REFUS DE SOINS ET D'HOSPITALISATION DU MALADE (CAS GENERAL)</i>	45
ARTICLE 49 – ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES	45
ARTICLE 50 – LIVRET D'ACCUEIL.....	45
ARTICLE 51 – ACCES AU DOSSIER MEDICAL	46
<i>51.1 CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL</i>	46
<i>51.2 COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT</i>	46
<i>51.3 SECRET A L'HOPITAL ET CONFIDENTIALITE</i>	47
<i>51.4 TRAITEMENT INFORMATIQUE DES DOSSIERS</i>	47
ARTICLE 52 – RECLAMATIONS ET VOIES DE RECOURS	48
<i>52.1 RECLAMATIONS ET PLAINTES</i>	48
<i>52.2 MEDiateURS MEDICAUX ET NON MEDICAUX</i>	48
<i>52.3 RECOURS CONTENTIEUX</i>	48
SECTION XI : MODE D'ADMISSION	49
ARTICLE 53 – ACCUEIL ET ADMISSION.....	49
ARTICLE 54 – DIFFERENTS TYPES D'ADMISSIONS EN HOSPITALISATION	49
<i>54.1 ADMISSION A LA DEMANDE D'UN MEDECIN TRAITANT SUITE A UNE CONSULTATION</i>	49
<i>54.2 ADMISSION EN URGENCE</i>	50
<i>54.3 ADMISSION SPECIFIQUE AU TITRE DE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE</i>	50
<i>54.4 PRISE EN CHARGE PAR LE SMUR</i>	50
<i>54.5 ADMISSION D'UN PATIENT AMENE PAR LA POLICE</i>	51
ARTICLE 55 – PIECES A FOURNIR AU MOMENT DE L'ADMISSION.....	51
ARTICLE 56 – FORMALITES LIEES A LA DECLARATION DE NAISSANCE	51
ARTICLE 57 – INVENTAIRE DES OBJETS ET VALEURS A L'ADMISSION	52
ARTICLE 58 – RESTITUTION DES DEPOTS.....	52
ARTICLE 59 – RESPONSABILITE DE L'ETABLISSEMENT.....	52
SECTION XII : DISPOSITIONS PARTICULIERES	53
ARTICLE 60 – REGIMES D'HOSPITALISATION.....	53
ARTICLE 61 – CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES.....	53
<i>61.1 CONSULTATIONS EXTERNES PUBLIQUES</i>	53
<i>61.2 CONSULTATIONS EXTERNES PRIVEES</i>	54
ARTICLE 62 – CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE	54
ARTICLE 63 – FEMMES ENCEINTES	54
<i>63.1 SECRET DE LA GROSSESSE OU DE LA NAISSANCE – ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES</i>	54
<i>63.2 ACCOUCHEMENT SOUS ANONYMAT ADMINISTRATIF</i>	55
<i>63.3 ADMISSION DES FEMMES DESIRANT SUBIR UNE I.V.G.</i>	55
ARTICLE 64 – ADMISSION DES MILITAIRES ET VICTIMES DE GUERRE	56
<i>64.1 ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'ARTICLE L 115</i>	56
ARTICLE 65 – ADMISSION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX	56
ARTICLE 66 – ADMISSION DES MAJEURS PROTEGES : INFORMATION /CONSENTEMENT, GESTION DES BIENS DES MAJEURS PROTEGES	56

ARTICLE 67 – ADMISSION DES PATIENTS ETRANGERS	56
ARTICLE 68 – ADMISSION DE PATIENTS TOXICOMANES EN VUE D’UNE CURE DE DESINTOXICATION	57
ARTICLE 69 – ADMISSION DES PATIENTS DEVANT CONFIER PROVISOIREMENT DES ENFANTS AU SERVICE D’AIDE SOCIALE A L’ENFANCE.....	57
ARTICLE 70 – ADMISSION DES AGENTS DU GHPP	57
ARTICLE 71 – ADMISSION AU SEIN D’UNE UNITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION	57
ARTICLE 72 – GARDE ET PROTECTION DES MINEURS	57
72.1 MESURES DE PROTECTION APPROPRIEES	58
72.2 CONSULTATIONS POUR LES MINEURS NON ACCOMPAGNES	58
72.3 MINEURS PRESENTES EN URGENCE	58
72.4 HOSPITALISATION D’UN MINEUR.....	58
72.5 ADMISSION D’UN PATIENT MINEUR RELEVANT DU SERVICE D’AIDE SOCIALE A L’ENFANCE	59
ARTICLE 73 – HOSPITALISATION MERE-ENFANT	59
SECTION XIII : CONDITIONS DE SEJOUR DU PATIENT	59
ARTICLE 74 – REGLES GENERALES	59
ARTICLE 75 – LAÏCITE ET NEUTRALITE DU SERVICE PUBLIC.....	59
ARTICLE 76 – DROITS CIVIQUES.....	60
ARTICLE 77 – DROITS A L’INFORMATION DU PATIENT.....	60
77.1 PERSONNE A PREVENIR	60
77.2 INFORMATION ET RELATION AVEC LES FAMILLES ET AYANTS DROITS	61
77.3 LIBERTE D’ALLER ET VENIR	61
77.4 EXERCICE DES CULTES.....	61
77.5 EFFETS PERSONNELS DU PATIENT	61
77.6 TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PERSONNEL DU PATIENT	62
ARTICLE 78 – IDENTIFICATION DU PATIENT	62
ARTICLE 79 – REGLES DIVERSES.....	62
79.1 CHAMBRE INDIVIDUELLE	62
79.2 PRESTATAIRES DE SERVICE AU SEIN DE L’HOPITAL	62
79.3 RESTAURATION.....	62
79.4 POURSUITE DE LA SCOLARITE.....	63
79.5 INTERDICTION DES POURBOIRES.....	63
79.6 COURRIER	63
79.7 TELEPHONE – ACCES SUR INTERNET	63
79.8 USAGE DES TELEVISEURS.....	63
79.9 FLEURS.....	64
SECTION XIV : LES FRAIS DE SEJOUR	64
ARTICLE 80 – PRINCIPE DU PAIEMENT	64
ARTICLE 81 – TARIFS DES PRESTATIONS.....	64
ARTICLE 82 – FORFAIT JOURNALIER	64
ARTICLE 83 – PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR ET PROVISIONS	64

ARTICLE 84 – PRESTATIONS DIVERSES FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS.....	64
SECTION XV : SORTIE DES PATIENTS	65
ARTICLE 85 – COMPETENCES DU DIRECTEUR DE L’HOPITAL EN MATIERE DE SORTIE.....	65
ARTICLE 86 – PREPARATION DE LA SORTIE	65
ARTICLE 87 – MODALITES DE SORTIE	65
ARTICLE 88 – AUTORISATION DE SORTIE EN COURS DE SEJOUR	65
<i>88.1 D’UN MAJEUR.....</i>	<i>65</i>
<i>88.2 D’UN MINEUR.....</i>	<i>66</i>
ARTICLE 89 – SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL	66
ARTICLE 90 – SORTIE DES PATIENTS SANS AUTORISATION.....	66
<i>90.1 D’UN MAJEUR.....</i>	<i>66</i>
<i>90.2 D’UN MINEUR.....</i>	<i>66</i>
ARTICLE 91 – SORTIE DISCIPLINAIRE.....	67
ARTICLE 92 – SORTIE DES NOUVEAUX-NES	67
ARTICLE 93 – SORTIE PAR TRANSPORT EN AMBULANCE	67
ARTICLE 94 – QUESTIONNAIRE D’EXPERIENCE ET DE SATISFACTION	67
<i>94.1 QUESTIONNAIRE E-SATIS.....</i>	<i>67</i>
<i>94.2 ENQUETE PONCTUELLE</i>	<i>68</i>
SECTION XVI : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES	68
ARTICLE 95 – DECES.....	68
<i>95.1 ATTITUDE A SUIVRE A L’APPROCHE DU DECES.....</i>	<i>68</i>
<i>95.2 NOTIFICATION DU DECES</i>	<i>68</i>
<i>95.3 INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE.....</i>	<i>68</i>
<i>95.4 DECES D’UN TRANSFERT PRIS EN CHARGE PAR LE SMUR</i>	<i>68</i>
<i>95.5 DECLARATIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE.....</i>	<i>68</i>
<i>95.6 FORMALITES ENTOURANT LE DECES</i>	<i>69</i>
ARTICLE 96 – AUTOPSIE.....	69
ARTICLE 97 – SORTIE DU CORPS DU SERVICE.....	69
<i>97.1 DEPUIS LES AUTRES SITES DU GHPP.....</i>	<i>69</i>
<i>97.2 VERS LA CHAMBRE MORTUAIRE</i>	<i>70</i>
<i>97.3 MISE EN BIERE A LA CHAMBRE MORTUAIRE ET TRANSPORT.....</i>	<i>70</i>
<i>97.4 VERS LA CHAMBRE FUNERAIRE</i>	<i>70</i>
<i>97.5 VERS LE DOMICILE DU DEFUNT OU D’UN MEMBRE DE SA FAMILLE.....</i>	<i>71</i>
ARTICLE 98 – OPERATIONS FUNERAIRES.....	71
<i>98.1 LIBRE CHOIX DES OPERATEURS FUNERAIRES</i>	<i>71</i>
<i>98.2 LIBERTE DES FUNERAILLES – DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES</i>	<i>72</i>
<i>98.3 DISPOSITIONS CONCERNANT LES INDIGENTS.....</i>	<i>72</i>
ARTICLE 99 – OBJETS ABANDONNES OU DEPOSES PAR LE DEFUNT	72
SECTION XVII : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES BIOMEDICALES ET AUX PRELEVEMENTS D’ELEMENTS DU CORPS HUMAIN	73

ARTICLE 100 – RECHERCHE BIOMEDICALE	73
ARTICLE 101 – MODALITES GENERALES DES PRELEVEMENTS D’ELEMENTS DU CORPS HUMAIN ET DE LA COLLECTE DE SES PRODUITS.....	73
ARTICLE 102 – MODALITES GENERALES DES PRELEVEMENTS ET GREFFES D’ORGANES ET DE TISSUS	74
<i>102.1 COORDINATION HOSPITALIERE DU GHPP</i>	<i>74</i>
ARTICLE 103 – DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES AUX PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR CERTAINES CATEGORIES DE PERSONNES DECEDEES.....	75
ARTICLE 104 – MODALITES SPECIFIQUES DES PRELEVEMENTS A BUT SCIENTIFIQUE	75
CHAPITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	76
SECTION XVIII : PRINCIPES LIES AU RESPECT DU PATIENT	76
ARTICLE 105 – DEMANDE D’INFORMATION.....	76
ARTICLE 106 – SECRET PROFESSIONNEL	76
ARTICLE 107 – SECRET MEDICAL	76
ARTICLE 108 – OBLIGATION DE RESERVE ET DE DISCRETION PROFESSIONNELLE	77
ARTICLE 109 – RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D’OPINION	77
ARTICLE 110 – SOLLICITUDE ENVERS LES USAGERS ET PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE	77
ARTICLE 111 – ACCUEIL ET RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES	77
SECTION XIX : PRINCIPES DES REGLES PROFESSIONNELLES	77
ARTICLE 112 – COMPORTEMENTS RESPECTUEUX	77
ARTICLE 113 – OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT	78
ARTICLE 114 – INTERDICTION D’EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE	78
ARTICLE 115 – INTERDICTION DE BENEFICIER D’AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES.....	78
ARTICLE 116 – EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES, INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE ET OBLIGATION DE FORMATION DES PERSONNELS.....	78
ARTICLE 117 – ORGANISATION DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES LIES AUX SOINS	78
ARTICLE 118 – DROIT A SE RETIRER D’UNE SITUATION DE TRAVAIL.....	79
ARTICLE 119 – TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUDITION AUPRES DES AUTORITES DE POLICE	79
ARTICLE 120 – BON USAGE DES BIENS DE L’HOPITAL	79
ARTICLE 121 – ENGAGEMENT CHARTE INFORMATIQUE.....	79
ARTICLE 122 – ASSIDUITE ET PONCTUALITE.....	79
ARTICLE 123 – HORAIRES DU PERSONNEL	79
ARTICLE 124 – TELETRAVAIL.....	79
ARTICLE 125 – IDENTIFICATION DES PERSONNELS	80
ARTICLE 126 – OBLIGATION DE DEPOSER ARGENT, VALEURS OU OBJETS CONFIES PAR LES PATIENTS OU TROUVES DANS L’HOPITAL	80
ARTICLE 127 – RESPECT DES REGLES D’HYGIENE ET DE SECURITE.....	80
ARTICLE 128 – ALCOOL, DROGUE ET TABAC	80
ARTICLE 129 – UTILISATION DES PHOTOS DANS L’EXERCICE PROFESSIONNEL	80

ARTICLE 130 – EXIGENCE D’UNE TENUE CORRECTE.....	81
ARTICLE 131 – LUTTE CONTRE LE BRUIT	81
ARTICLE 132 – GESTION DES DONS ET LEGS	81
SECTION XX : EXPRESSION DES PERSONNELS	81
ARTICLE 133 – DROIT D’EXPRESSION DIRECTE ET COLLECTIVE	81
ARTICLE 134 – DROIT SYNDICAL	81
CHAPITRE V : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL - RGPD	82
ARTICLE 135 – DISPOSITIONS GENERALES	82
ARTICLE 136 – DONNEES DES USAGERS ET DE LEURS PROCHES.....	82
ARTICLE 137 – DONNEES DES AGENTS DU GHPP	82
ARTICLE 138 – CONTROLE DES ACCES AU DOSSIER PATIENT INFORMATISE	83
CHAPITRE VI : DISPOSITIONS FINALES	84
ARTICLE 139 – PROCEDURE D’APPLICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	84
ARTICLE 140 – PROCEDURE DE MISE A JOUR.....	84
ARTICLE 141 – MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR	84
CHAPITRE VII : DOCUMENTS ANNEXES DE REFERENCE	85

Le présent règlement intérieur est arrêté en application du Code de la Santé Publique, notamment son article L 6143-1, et fait référence également aux :

- Code de déontologie médicale ;
- Code civil ;
- Code de la route ;
- Code pénal et code de la procédure pénale ;
- Code général des collectivités territoriales ;
- Code de déontologie et règles professionnelles régissant les différents métiers exercés dans l'établissement ;
- Chartes de la Personne hospitalisée, de l'enfant hospitalisé et de la personne âgée ;
- Droits des malades et des usagers du système de santé ;
- Autres documents divers (chartes, règlements.....) joints en annexe du présent règlement intérieur.

Le règlement intérieur définit les règles de fonctionnement spécifiques au Groupement Hospitalier Portes de Provence (GHPP) notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle, administrative et médicale.

Il vise à faire respecter les droits et obligations des patients, des usagers, des personnels, et de toute personne extérieure à l'hôpital, les conditions réglementaires de travail et les dispositions concernant les règles de conduite dans l'établissement ainsi que les règles internes relatives à la sécurité, à la gestion des risques et à la communication.

PREAMBULE

Le GHPP est doté d'une capacité de 724 Lits et Places. Il regroupe 5 pôles d'activités cliniques et médico-techniques et près de 2000 professionnels de santé pour répondre aux besoins d'une population de la zone de soins de proximité de Montélimar n° 9 **de 190 994 habitants** (Recensement INSEE au 1^{er} Janvier 2019).

Le bassin de santé N° 3, couvre trois zones de soins de proximité (Montélimar, Privas et Aubenas) et comprend **344 623 Habitants**.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

SECTION I : ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

ARTICLE 1 – GHPP : ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

Le Groupement Hospitalier Portes de Provence (GHPP) est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique. Il est issu de la fusion au 1^{er} janvier 2017 du Centre Hospitalier de Montélimar et du Centre Hospitalier de Dieulefit. Depuis le 17 Novembre 2015, il est en une direction commune avec le CHI de Bourg-Saint-Andéol/Viviers.

Le GHPP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Son siège social est situé Quartier Beusseret, 26216 MONTELIMAR CEDEX.

Il est composé de plusieurs sites : L'hôpital de Montélimar et « Le Val de Beusseret » sis quartier Beusseret à Montélimar, l'EHPAD « la Manoudière » et le CPEF en centre-ville de Montélimar, l'EHPAD « Les Portes de Provence » à Donzère, l'Hôpital de Dieulefit.

Des règlements de fonctionnement concernant notamment les EHPAD, l'Accueil de Jour, l'Internat, etc..., complètent ce présent règlement pour l'adapter aux spécificités des secteurs. Ils sont validés par la Direction référente.

ARTICLE 2 – MISSIONS DU GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE

Le GHPP est chargé d'assumer les missions de service public selon les modalités définies par le code de santé publique, sur sa zone de soins de proximité. Il exerce ses activités sur la zone de soins de proximité N°9 du bassin hospitalier N°3.

Il a pour missions :

- ✚ d'assurer, dans les conditions prévues par le Code de la santé Publique, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- ✚ de délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles ;
- ✚ de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent ;
- ✚ de participer à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- ✚ de mener, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ;
- ✚ d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité, de la pertinence des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ; d'organiser, dans ce cadre, la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie ; de définir une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ; de mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Le GHPP peut être appelé à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- ✚ la permanence des soins ;
- ✚ la prise en charge des soins palliatifs ;
- ✚ le développement professionnel continu des Sages-femmes et du personnel paramédical ;
- ✚ les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- ✚ 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 et la discrimination ;
- ✚ les actions de santé publique.

Le GHPP, comme tout établissement public de santé, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions un égal accès à des soins de qualité et la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé.

Les garanties mentionnées aux 1°) ci-dessus sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions précédemment mentionnées, y compris en cas de ré-hospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

Les praticiens qui exercent au GHPP sont assujettis aux mêmes obligations dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public. De même, le GHPP garantit aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L 162-20 et L 126-26 du code de la sécurité sociale.

Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L 6146-2 du code de la santé publique et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale sont ceux prévus au 1° du 1 de l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 3 – OFFRE HOSPITALIERE DE SOINS AU GHPP

Le GHPP met à disposition une offre de soin complète d'hospitalisation :

- 1/ **Médecine** : Addictologie, Cardiologie et ses Soins Intensifs, Diabète-Endocrinologie, Gastro-Entérologie, HAD, Hygiène, Infectiologie, Information Médicale, Médecine Interne et post-urgence, Médecine du Sport, Neurologie et Soins Intensifs Neuro-Vasculaires, Néphrologie, Pneumologie, Prélèvement d'Organes et de Tissus (PMO), Oncologie-Chimiothérapie-Radiothérapie, Rhumatologie, SMUR, Urgences/Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), Soins Palliatifs et prise en charge de la Douleur ;
- 2/ **Chirurgie** : Viscérale, Gynécologie, Stomatologie, Ophtalmologie, ORL, Orthopédie et Traumatologie, Urologie, Chirurgie Ambulatoire ;
- 3/ **Gynécologie-Obstétrique - pédiatrie** : CPEF, Maternité/Obstétrique de niveau II A, Gynécologie médicale et chirurgicale Pédiatrie/Néonatalogie et ses Soins Intensifs ;
- 4/ **Gériatrie** : Court Séjour Gériatrique (CSG), Etat Végétatif Chronique (EVC)/Etat Pauci-Relationnel (EPR), ECC, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), Soins de Longue Durée (SLD), Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), trois EHPAD, Accueil de Jour, Hébergement Temporaire, Equipe Mobile de Gériatrie ;
- 5/ **Plateau médico-technique**: Bloc Opératoire, Biologie médicale/Dépôt Sang, Imagerie médicale, Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et Stérilisation, Soins Critiques : Anesthésie, Réanimation et Soins Continus, Soins Intensifs (USIC, USINV), Rééducation et Réadaptation, Diététique, Service Social ;

Ces différentes disciplines sont regroupées au sein de cinq pôles d'activités cliniques et médico-techniques¹. Des consultations externes sont organisées dans ces différentes spécialités.

ARTICLE 4 – STRUCTURES DE SOINS ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION AU GHPP

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation de jour, les structures pratiquant les modes de prises en charges ambulatoires. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles doivent être adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

4.1 HOSPITALISATION DE JOUR

Cette structure permet la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, d'une surveillance médicale.

Elle dispense, sur une durée journalière d'ouverture inférieure à douze heures des prestations comprenant un hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ce mode de prise en charge.

4.2 STRUCTURE PRATIQUANT L'ANESTHESIE OU LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Cette structure permet d'effectuer, dans des conditions autorisant le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

¹ Cf annexes- organigramme des pôles

4.3 HOSPITALISATION A DOMICILE

L'hospitalisation à domicile est un service à part entière qui permet d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé - paramédicaux et/ou médicaux des soins continus et coordonnés. L'admission d'un patient au sein du service d'hospitalisation à domicile et sa sortie sont prononcées par le Directeur chargé de ce service, après avis d'un médecin coordonnateur chargé de son fonctionnement médical. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité d'accueil du service.

4.4 TELESANTE

L'activité de télésanté est une pratique médicale et paramédicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Cette nouvelle voie au service de l'accès aux soins recouvre plusieurs dispositifs médicaux numériques :

✚ **La téléexpertise** permet à un professionnel médical « requérant » de solliciter un confrère dit « professionnel médical requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'information ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors la présence de ce dernier. Toutes les situations médicales sont potentiellement concernées par la téléexpertise. Le recours à la téléexpertise relève de la décision du professionnel médical requérant.

✚ **La téléconsultation** doit être comprise comme une consultation réalisée à distance grâce à une connexion vidéo, est réalisée par un professionnel médical (ex. : chirurgien-dentiste, médecin généraliste ou toute autre spécialité médicale, sage-femme) à distance d'un patient. Ce dernier peut être seul ou assisté d'un autre professionnel de santé ;

L'intégration de la téléconsultation et de la téléexpertise dans le parcours de soins coordonné par le médecin traitant garantit la continuité des soins et évite une « fragmentation » de la prise en charge qui pourrait conduire à la réalisation d'actes inutiles et/ou redondants.

✚ **La télésurveillance** permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données de santé du patient recueillies sur son lieu de vie et de prendre des dispositions relatives à sa prise en charge. Elle peut être mise en place pour tout patient dont la prise en charge nécessite une période de suivi médical : elle est particulièrement adaptée aux personnes à risque d'hospitalisation ou de complication de leur maladie (pathologies chroniques, sortie d'hospitalisation, etc...). Elle contribue à stabiliser la maladie, voire à améliorer l'état de santé par le suivi régulier d'un professionnel médical. Elle renforce la coordination des différents professionnels de santé autour du patient et vise l'amélioration de la qualité de vie par la prévention des complications et une prise en charge au plus près du lieu de vie.

✚ **Le télésoin**, complémentaire de la télémedecine réservée aux professionnels médicaux, met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences réglementées. Il relève d'une décision partagée entre patient et professionnel. Tout patient peut bénéficier du télésoin, sauf dans le cas où une rencontre physique reste indispensable, par exemple si l'acte ne peut être réalisé qu'en présentiel (vaccination, changement de pansement, ajustement d'une prothèse...) ou s'il nécessite un équipement spécifique (examen radiologique par exemple).

Il concerne ainsi dix-huit corps de métiers : audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, ophtalmistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthophonistes, orthoprothésistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, podo-orthésistes, psychomotriciens et techniciens de laboratoire médical.

L'ensemble de ces dispositifs médicaux numériques, comme toute activité médicale, doit être réalisé dans des conditions qui garantissent la qualité et la sécurité des soins et respecter également des exigences spécifiques telles que :

✚ l'information du patient et le recueil de son consentement avant la réalisation à distance de l'acte,

✚ le traçage de l'acte médical réalisé,

✚ le respect des règles professionnelles qui sont applicables aux professionnels de santé qui doivent notamment juger de la pertinence de cet acte au regard de la situation clinique du patient, de la disponibilité des données du patient et de la capacité du patient à communiquer à distance et à utiliser les outils informatiques ou si le patient en exprime le besoin, la présence d'une personne de son entourage (ayant droit, titulaire de l'autorité parentale, conjoint, concubin, curateur, famille, partenaire PACS, personne de confiance, proche, tuteur) ou d'un interprète, pour assister le patient selon ses capacités, est rendue possible. Dans ce cas, la personne présente doit s'engager à respecter la confidentialité des échanges ;

- ✚ l'obligation pour les outils numériques d'être conformes aux cadres juridiques applicables aux données de santé (RGPD, marquage CE...);
- ✚ les référentiels élaborés par la HAS et l'ANS en matière de qualité, de sécurité et d'interopérabilité.

Elle peut comprendre une information écrite (charte du patient hospitalisé, notice d'information délivrée au patient, information sur écran en salle d'attente, autre communication grand public), et/ou une information orale, préalable au recueil du consentement du patient.

SECTION II : PILOTAGE INSTITUTIONNEL

Pour l'accomplissement de ses missions, le GHPP définit librement son organisation interne, sous réserve des dispositions législatives et réglementaires.

ARTICLE 5 – DIRECTION

5.1 DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT, PRESIDENT DU DIRECTOIRE

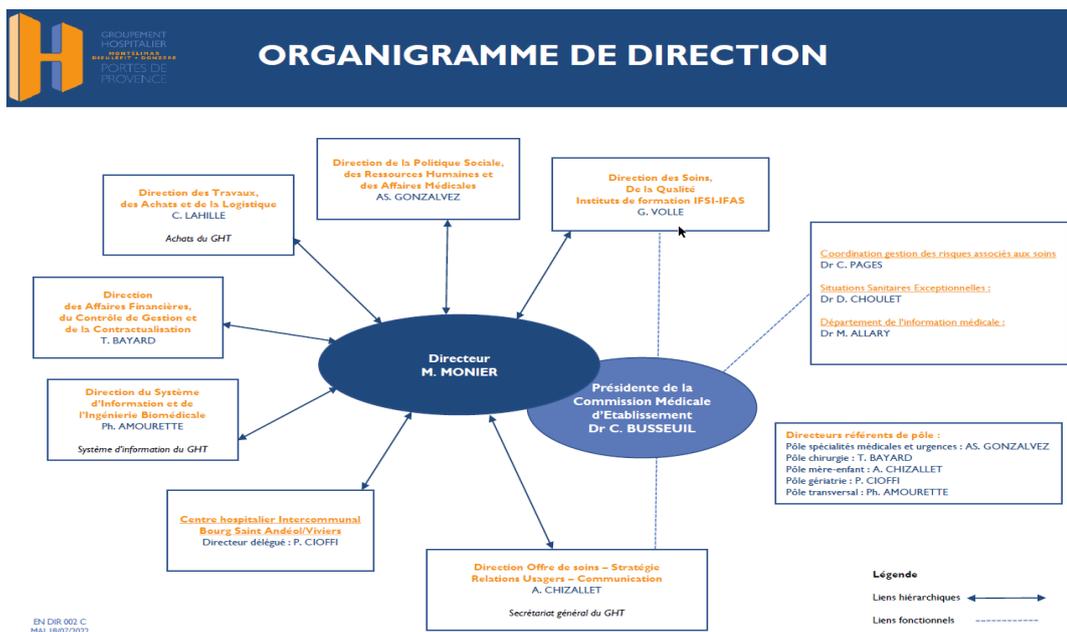
Le Directeur du GHPP (Art. L 6143-7 et 7-2 C.S.P.), Président du Directoire, est nommé par arrêté de la Directrice Générale du Centre National de Gestion. En sa qualité de Président du Directoire, il conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles relevant de la compétence du conseil de surveillance.

Le Directeur participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement et propose, pour les Directeurs adjoints et les Directeurs des soins, leur nomination à la Directrice Générale du Centre National de Gestion. En ce qui concerne les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, il propose à la Directrice Générale du Centre National de Gestion, après avis du chef de pôle et de la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement, leur nomination ou leur mise en recherche d'affectation. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le Directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes. Il peut déléguer sa signature.

5.2 EQUIPE DE DIRECTION

Le Directeur est assisté de la Vice-Présidente du Directoire et d'une équipe de direction :



ARTICLE 6 – GOUVERNANCE MEDICALE

6.1 PRESIDENTE DE LA CME, VICE-PRESIDENTE DU DIRECTOIRE, COORDONNATRICE MEDICALE

La Présidente de la CME (*Art. L 6143-7-3 C.S.P.*), Vice-Présidente du Directoire et Coordonnatrice Médicale, exerce les missions et les attributions suivantes :

- ✚ Coordonne, en lien avec le Directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical d'établissement, en conformité avec le CPOM et avec le PMSP du GHT de référence et la politique médicale de l'établissement.
- ✚ Conjointement avec le Directeur de l'Etablissement et après concertation avec le Directoire, il définit et suit la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- ✚ Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification. Il arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques, et signe les contrats de pôle cliniques ou médico-techniques.
- ✚ Conjointement avec Le Directeur de l'établissement il procède à la nomination et met fin aux fonctions : des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques, des Responsables des services ou unités fonctionnelles des pôles d'activités cliniques et médico-techniques.
- ✚ Tient la CME régulièrement informée de l'exercice de ses missions et attributions ; présente annuellement à la CME son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.
- ✚ Présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre la politique médicale de l'établissement. Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au Directeur par la CME qui prend en compte les informations contenues dans le rapport de la CDU.

6.2 VICE-PRESIDENTE DE LA CME

La Présidente de la CME est assistée par la Vice-Présidente de la CME. En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission de la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement, ses fonctions au sein de la Commission Médicale d'Etablissement sont assumées par la Vice-Présidente de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président. La Vice-Présidente est un représentant des praticiens hospitaliers titulaires.

La charte de gouvernance², en cours d'écriture, conclue entre la Présidente de la CME et le Directeur de l'Etablissement, prévoit notamment les modalités de participation de la Présidente de la CME aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ; pour les activités relevant des compétences de la CME, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre la Présidente de la CME et les directions fonctionnelles ; Les moyens matériels, financiers et humains mis à la disposition de la Présidente de la CME pour mener à bien ses missions et garantir le bon fonctionnement de la CME, qui comprennent au moins la mise à disposition d'un collaborateur choisi conjointement avec le Directeur de l'Etablissement.

ARTICLE 7 – COORDINATION GENERALE DES SOINS, DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (*Art. L 6146-9 C.S.P.*) est confiée à un Directeur des soins coordonnateur général, membre de l'équipe de direction, nommé par le Directeur et membre de droit du Directoire. Son périmètre regroupe la direction des soins, l'IFSI/IFAS, la qualité et la gestion des risques.

7.1 DIRECTEUR DES SOINS (DS)

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée par le directeur d'établissement, à un directeur des soins, membre de l'équipe de direction. Dans ses fonctions de coordonnateur général des soins, le directeur des soins préside la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques. A ce titre, il est membre de droit du directoire de l'établissement.

² Cf Chapitre 7 – Documents annexes de référence

Il organise les missions des autres membres de la direction des soins et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

Le directeur de soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients. Il organise la répartition équilibrée des ressources humaines en soins au niveau de l'établissement. Il peut se voir confier d'autres missions de direction par le directeur d'établissement.

7.2 INSTITUT DE FORMATION SOINS INFIRMIERS, AIDES SOIGNANTS

Sous l'autorité du Directeur des Soins, le cadre supérieur de santé est responsable de la coordination des activités de formation de l'institut de formation, de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet pédagogique, du développement de la recherche en soins et de la pédagogie conduite par l'équipe de formateurs, du partenariat avec les établissements pouvant accueillir les stagiaires, de la constitution, l'animation et l'encadrement de l'équipe pédagogique qui comprend des enseignants formateurs permanents et des intervenants extérieurs, de la recherche en termes d'intérêt professionnel conduite par l'équipe pédagogique, de l'exercice de l'autorité sur les étudiants, de la mise en œuvre des droits des étudiants et du respect des conditions d'accès et de suivi médical à l'entrée et durant la formation, de l'ordre et de la sécurité dans les enceintes et locaux affectés à titre principal à l'établissement dont il a la charge.

Sous l'autorité du Directeur des soins, le Cadre Supérieur de Santé, Responsable de l'institut de formation :

- ✚ participe à la gestion administrative et financière de l'institut. Il peut, par délégation du Directeur d'établissement et du Directeur des soins, être ordonnateur des dépenses et préparer les éléments budgétaires en lien avec les services financiers de l'établissement et le conseil régional ;
- ✚ assure par délégation du Directeur d'établissement et du Directeur des soins, l'autorité hiérarchique sur le personnel affecté à l'institut. Il est notamment responsable de l'affectation et de l'évaluation des personnels de l'institut. Il est consulté et émet un avis sur les recrutements et affectations en relation avec la direction de la politique sociale et des ressources humaines de l'établissement.

7.3 QUALITE ET GESTION DES RISQUES

7.3.1 – MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITE

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que la prise en charge des usagers, le GHPP définit et met en œuvre une politique adéquate, évalue son activité et fait l'objet, périodiquement, d'une procédure externe d'évaluation dénommée « certification ». Elle constitue un élément essentiel du projet d'établissement du GHPP.

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 de santé. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité conduit par le directeur qualité et le service qualité en lien avec le directoire, la CME et la CSIRMT. Le service qualité est composé d'un médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), de responsables qualité et d'un technicien qualité. La démarche qualité est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes.

7.3.2 – COPIL QUALITE

Intégrant, les représentants des usagers, la direction, la présidence de la CME, les chefs de pôle, l'encadrement supérieur soignant, le pharmacien responsable du circuit du médicament, ainsi que le service qualité, le COPIL Qualité a pour objectifs de : valider la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en lien avec les orientations du Projet d'Etablissement intégrant la stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles ; valider la stratégie de sensibilisation et d'implication des professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins ; valider le programme global d'actions qualité et de sécurité des soins et son suivi ; valider la méthodologie et les actions liées à la préparation de la certification HAS ; valider le plan d'action qualité et sécurité des soins ; valider la stratégie de communication des objectifs et des résultats de la politique qualité et de sécurité des soins ; piloter la préparation à la certification.

7.3.3 – COMITE DES VIGILANCES ET RISQUES

Composé de l'ensemble des vigilants de l'établissement (Hémovigilance, infectiovigilance, biovigilance, identitovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, radioprotection ...), le Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS) assure la gestion globale de tous les risques pouvant survenir dans l'établissement.

Il est garant de l'amélioration continue de la sécurité sanitaire et participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il a pour missions de proposer des orientations pour la politique qualité sécurité des soins, ainsi qu'un programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins portant sur les vigilances.

7.3.4 – LA PROCEDURE 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 des experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique et indépendante.

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 qualité 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.

Son objectif principal est d'évaluer la dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins portée par l'établissement et les modalités de sa mise en œuvre. Cette dynamique se concrétise notamment au travers d'un programme d'actions concernant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mais également de sécurisation des différents processus de management ou processus supports.

ARTICLE 8 – INSTANCES INSTITUTIONNELLES REPRESENTATIVES

8.1 CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Conseil de Surveillance (*Art. L 61443-1 C.S.P.*) se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement, il se réunit au moins quatre fois par an.

Il délibère sur des questions relevant de domaines précisément énumérés dans le Code de la Santé Publique (projet d'établissement, compte financier et affectation des résultats, rapport annuel d'activité présenté par le Directeur, certaines conventions passées par l'établissement, fusion avec d'autres établissements de santé ...).

Il donne son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sur les acquisitions, aliénations et affectations d'immeubles ainsi que sur certains baux ; enfin il donne son avis sur le règlement intérieur de l'établissement.

Il communique au Directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur sur la gestion de l'établissement.

Il entend le Directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1 du code de la santé publique. Il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

La composition et les modalités de fonctionnement du Conseil de Surveillance sont détaillées dans son règlement intérieur, annexé.

8.2 DIRECTOIRE

Le Directoire (*Art. L6143-7-4 à 5 C.S.P.*) exerce les compétences qui lui sont définies par le code de la santé publique. Il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il est composé de neuf membres :

- ✚ le Directeur, Président,
- ✚ le Président de la commission médicale d'établissement, vice-Président,
- ✚ le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, membre de droit,
- ✚ des membres appartenant aux professions médicales, nommés pour 4 ans par le Directeur sur proposition du Président de la commission médicale d'établissement,
- ✚ un membre du personnel non médical, nommés pour 4 ans par le Directeur sur proposition du Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Le mandat de ces membres prend fin, lors de la nomination d'un nouveau Directeur, lorsque son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

Conformément à l'article L6143-7-5 du code de la santé publique, par lequel le Directeur peut, sur avis conforme du Président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants, deux représentants des usagers siégeant à la CDU et un étudiant de l'IFSI participent avec voix consultative aux séances du directoire.

Le directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé. Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

8.3 COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

La Commission Médicale d'Etablissement (Art. L 6144-1 C.S.P.) représente les personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

En matière d'organisation interne de l'établissement, la CME se prononce « notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ».

La CME élabore la stratégie médicale de l'établissement et son projet médical en lien avec le PMSP du GHT, et participe à leur mise en œuvre.

Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence, de la sécurité des soins et des risques liés aux soins, notamment en ce qui concerne :

- ✚ les risques liés aux soins (infections nosocomiales, iatrogénie médicamenteuse, événements indésirables) ;
- ✚ la vigilance sur la sécurité sanitaire ;
- ✚ la politique du médicament et des dispositifs médicaux ;
- ✚ la prise en charge de la douleur.

La CME propose au Directeur un programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et les conditions d'accueil des usagers, assorti d'indicateurs de suivi ; auquel contribue la Commission des Usagers (CDU) et la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Elle élabore un bilan annuel de ce programme qui prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la CDU.

Concernant les conditions de prise en charge des patients, la CME intervient notamment dans :

- ✚ la réflexion éthique ;
- ✚ les urgences et les admissions et consultations non programmées ;
- ✚ les soins palliatifs ;
- ✚ la permanence des soins ;
- ✚ l'organisation des parcours de soin.

Concernant le fonctionnement de la CME, pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement établit son règlement intérieur. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve de dispositions particulières.

La composition et les modalités de fonctionnement de la CME sont définies dans son règlement intérieur en cours de réécriture.

8.4 COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du CSP, est présidée par le directeur coordonnateur général des soins. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle est consultée pour avis sur :

- ✚ le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins
- ✚ l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des patients ;
- ✚ la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
- ✚ les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- ✚ la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ✚ la politique de développement professionnel continu ;
- ✚ la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

Elle est informée sur :

- ✚ le règlement intérieur de l'établissement ;

- ✚ la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
- ✚ le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La composition et les modalités de fonctionnement de la CSIRMT sont détaillées dans son règlement intérieur annexé.

8.5 COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT (C.S.E)

La fusion du CTE et du CHSCT, prévue par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, a créé une instance unique : **le Comité Social d'Etablissement** (décret N° 2021-1570 du 03-12-2021). Le CSE assure la représentation des personnels non médicaux de l'établissement.

Le CSE est obligatoirement consulté sur tous les projets sur lesquels le conseil de surveillance est amené à délibérer, ainsi que les dossiers d'ordre général concernant les personnels non médicaux à l'exclusion des dossiers individuels des agents :

- ✚ les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- ✚ le plan de redressement présenté par le Président du directoire à l'Agence régionale de santé (ARS) ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement ;
- ✚ le règlement intérieur ;
- ✚ les projets de réorganisation de service ;
- ✚ la GPEC et politique générale de formation du personnel y compris le plan de formation ;
- ✚ Les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions du travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- ✚ les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants ;
- ✚ l'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence du conseil de vie sociale, de la CME, de la CDU et de la CSIRMT ;
- ✚ les politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations ;
- ✚ les projets de lignes directrices de gestion (LDG) relative à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines,
- ✚ les orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels ;
- ✚ les orientations inscrivant l'établissement dans l'offre de soin au sein de son territoire.

Il est informé de la situation budgétaire de l'établissement, du CPOM, du budget et des décisions relatives à la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux.

La composition et les modalités de son fonctionnement du CSE définies dans son règlement intérieur, en cours de réécriture.

8.6 COMMISSION DES USAGERS (CDU)

La Commission des Usagers (Art. L 1112-3 C.S.P.) a une double mission : Veiller au respect des droits des usagers et contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

La Commission des usagers apprécie les pratiques de l'établissement sur la prise en charge des patients, la qualité de l'accueil et des droits des usagers à partir d'une analyse de l'origine des motifs de plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus. Elle formule des recommandations, notamment pour la formation du personnel afin d'améliorer ces points. Elle établit un rapport annuel présenté aux autres instances et adressé à l'ARS. La Commission des usagers contribue à mieux prendre en compte l'expérience des usagers afin d'améliorer les pratiques de l'établissement.

Au GHPP, une formation restreinte de la CDU a été mise en place, composée uniquement des représentants des usagers. Elle se réunit tous les mois en dehors de la période estivale. Elle analyse les réclamations, les plaintes, les événements indésirables et propose des modalités de traitement et d'accompagnement.

La composition et les modalités de fonctionnement de la CDU sont définis dans son règlement intérieur annexé.

ARTICLE 9 – ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES

9.1 COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES /CONSULTATIVE PARITAIRE

Les commissions administratives paritaires (CAP), dont les missions ont été revues par le décret du 8 Décembre 2020, sont des organes consultatifs institués dans chaque établissement, si les effectifs d'agents le permettent, et dans chaque département.

Au regard de ses effectifs, le GHPP dispose de 10 CAP locales, présidées par le Président du conseil de surveillance ou son représentant.

Elles ont vocation à donner un avis préalable à la prise des décisions sur le déroulement de carrière de manière systématique (refus titularisation et licenciement en cours de stage, sanction disciplinaire lorsque la CAP se réunit en conseil de discipline), ou à la demande de l'agent (refus de temps partiel ou télétravail, reclassement, mise en disponibilité ou démission, révision de comptes rendus d'évaluation professionnelle, congés spécifiques, sanctions disciplinaires pour les 2 à 4^{ème} groupes, etc....) de l'ensemble des personnes titulaires régis par le statut de la fonction publique hospitalière et gérés localement. Elles sont mises en place à la suite d'élections des délégués du personnel qui ont lieu tous les quatre ans.

Sont instituées au sein de l'établissements les CAP suivantes :

- ✚ CAP N° 1 représentant les personnels d'encadrement techniques,
- ✚ CAP N° 2 représentant les personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux (catégorie A),
- ✚ CAP N° 3 représentant les personnels d'encadrement administratifs (catégorie A),
- ✚ CAP N° 4 représentant les personnels d'encadrement technique (catégorie B),
- ✚ CAP N° 5 représentant les personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux (catégorie B),
- ✚ CAP N° 6 représentant les personnels d'encadrement administratif et assistants médico-administratifs (catégorie B),
- ✚ CAP N° 7 représentant les personnels de la filière ouvrière et technique (catégorie C),
- ✚ CAP N° 8 représentant les personnels des services de soins, médico-techniques et sociaux (catégorie C),
- ✚ CAP N° 9 représentant les personnels administratifs (catégorie C),
- ✚ CAP N° 10 représentant les personnels sages-femmes.

Pour les agents contractuels, une commission consultative paritaire (CCP) a été créée au niveau départemental. La CCP est gérée dans le département de la Drôme par le CH de Valence. Elle rend un avis pour les questions d'ordre individuel notamment refus de temps partiel, congés spécifiques, télétravail, contrat d'agents investis d'un mandat syndical, licenciement, sanctions disciplinaires, révision de compte rendu d'évaluation professionnelle.

9.2 COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE (CAL)

La commission d'activité libérale (*Art. L 6154-5 et R 6154-11 C.S.P.*), présidée par un praticien n'exerçant pas d'activité libérale, est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité dans l'établissement ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.

Elle peut se saisir, sous réserve du secret médical, de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale. Elle saisit le Directeur du GHPP et le Président de la CME dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait du manquement d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses du contrat d'activité libérale signé par le praticien. Elle informe le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

Elle peut soumettre aux autorités (ARS, CPAM, CDOM, Présidents CS et CME) toute question ou proposition relative à l'activité libérale du praticien. Elle peut saisir la Commission Régionale de l'activité libérale dans les conditions définies réglementairement.

Elle définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'Etablissement. Elle établit, chaque année, un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Ce rapport est communiqué à la Commission Médicale d'Etablissement, au Conseil de Surveillance, à la Commission des Usagers, au Directeur de l'établissement et au Directeur Général de l'ARS AURA.

Un praticien peut saisir la commission d'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

Une charte de l'activité libérale intra-hospitalière³, mentionne les clauses visant à garantir l'information des patients quant au caractère libéral de l'activité et les tarifs pratiqués dans ce cadre, leur droit à être pris en charge de la cadre de l'activité publique des praticiens, et la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales. Elles sont adaptées à la nature de l'activité de l'établissement.

³ Cf document en annexe au chapitre 7

ARTICLE 10 – ORGANISATION DES SOINS ET DU FONCTIONNEMENT MEDICAL

Toutes les organisations médicales de soins, dont celles citées ci-après, sont en lien permanent avec la Cellule Qualité et tous les groupes de travail (Thèmes : Patients, Soignants, Communication/Médiation, Environnement/Développement durable) institués sous l'égide de la CME. Elles donnent, pour la plupart, des avis préalables à une prise de décision dans le domaine spécifique qui les concerne. Elles s'inscrivent toutes dans la politique globale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins. Elles se réunissent par délégation de la CME. Le secrétariat de ces sous commissions de la CME est assurée à la diligence de la Présidente de la CME.

10.1 COMMISSION DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (COPS)

La **commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS)**, présidée par un praticien hospitalier, et mise en place par la CME, est chargée notamment, d'élaborer le modèle de contrat de temps de travail additionnel, validé par le Directeur après avis de la CME ; d'assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et du respect des mesures relatives aux modalités de recours au temps de travail additionnel ; de transmettre ces éléments à la CME : en particulier, les registres du temps de travail additionnel examinés périodiquement (au moins tous les 4 mois) par la COPS qui rend compte à la CME et peut l'alerter lorsqu'elle constate des situations non conformes à la protection des travailleurs.

Elle définit annuellement avec le Directeur, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins, propose un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes qui sera arrêté par le Directeur de l'établissement, après avis de la CME et en concertation avec le directoire, donne un avis sur : l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins ; les conventions de coopération définissant les secteurs de garde communs à plusieurs établissements et établit un bilan annuel qu'elle adresse au Directeur et à la Présidente de la CME.

La COPS établit son règlement intérieur, annexé. La CME organise, à l'issue de chaque semestre d'internat, le service de garde des internes après avis de la COPS.

10.2 COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)

Le CLUD, instance pluri professionnelle, présidé par un praticien hospitalier, a pour mission de définir et de proposer les mesures et actions permettant de réaliser l'engagement de lutter contre la douleur, de coordonner les actions des différentes parties prenantes tant dans le domaine des soins que celui de la formation continue des personnels médicaux et non médicaux. Il assure un rôle d'observatoire de la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement en réunissant les informations nécessaires à la connaissance des besoins et à l'élaboration d'une stratégie adaptée à la diversité des populations prises en charge.

Il est en charge du pilotage de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur au travers de plusieurs axes, en cohérence avec les orientations du projet d'Etablissement en cours : protocoles et procédures, formation des professionnels, évaluation des pratiques et suivi des indicateurs, expertise au regard des événements indésirables en lien avec la thématique douleur, recherche.

La composition et les modalités de fonctionnement du CLUD sont définis dans son règlement intérieur, annexé.

10.3 COMITE DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)

Le CLAN, présidé par un praticien hospitalier, est une structure de réflexion et de proposition autour de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés, des résidents et des personnels du GHPP. Ses missions sont de réaliser un état des lieux de l'existant en matière de structures, de moyens en matériel et en personnel, et de s'inscrire dans une démarche d'Évaluation des Pratiques Professionnelles ; de définir la politique de prise en charge nutritionnelle et hôtelière de l'établissement dans le cadre d'un programme annuel d'actions ; d'accompagner et valider les actions de mise en œuvre de la politique définie ; de fournir un appui méthodologique aux différents professionnels concernés ; d'évaluer les actions entreprises ; de définir et proposer les orientations de formation continue nécessaires à la mise en œuvre de la politique définie, d'établir un rapport annuel d'activité permettant d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

Il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.

Le CLAN a, en outre, mis en place l'Unité Transversale de Nutrition (UTN) qui se compose d'un Médecin à temps partiel, de deux IDE, d'une diététicienne et d'un intervenant APA. Chaque médecin de toutes les unités d'hospitalisation peut demander -via le logiciel de prescription USV2- **une consultation UTN**. Un RDV est programmé et l'équipe se déplace au chevet du patient. Une évaluation clinique et biologique est réalisée.

Après ce bilan, l'équipe UTN rencontre le personnel soignant afin de discuter de cette évaluation et de mettre en place, conjointement, le nécessaire à l'amélioration nutritionnelle du patient (prescription de repas et boissons adaptées selon une organisation qui convient au patient en termes de quantité, de qualité et de rythme). Une attention particulière est portée aux patients d'oncologie et aux personnes âgées. Le bilan de cette activité est annuel. Les membres de l'UTN, bien qu'indépendant dans leur organisation, font partie du CLAN qui se réunit plusieurs fois par an, ce qui signifie que les échanges sont permanents afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés.

La composition et les modalités de fonctionnement du CLAN sont définies dans son règlement intérieur, annexé, en cours de réactualisation.

10.4 COMITE DE PILOTAGE DU MEDICAMENT

Le COPIL Médicament, est un groupe de travail pluridisciplinaire chargé d'animer la sécurité et la qualité du processus de prise en charge des médicaments. Il est animé par le Responsable de la Qualité de cette prise en charge. Ce COPIL est composé d'un médecin coordonnateur des risques, le Directeur Qualité, le Directeur des Soins, un ingénieur qualité, un cadre supérieur de santé, un cadre IDE et un cadre préparateur. Ce COPIL est en lien direct avec la CME, la CSIRMT et la CCQRV.

10.5 COMITE DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET D'HEMOVIGILANCE (CSTH)

Le CSTH, présidé par un praticien hospitalier, réunit le Directeur de l'établissement et celui de l'établissement de transfusion sanguine distributeur ou leurs représentants, les correspondants d'hémovigilance de ces deux établissements et des représentants des personnels médicaux, soignants, médicotechniques et administratifs de l'établissement public de santé.

Le Comité a pour mission de contribuer, par ses études et ses propositions, à l'amélioration de la sécurité des patients qui y sont transfusés. Il veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance. Il est chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement de santé.

10.6 COMITE DE REFLEXION ETHIQUE

Le Comité de réflexion d'Éthique, présidé par un praticien hospitalier, est une instance pluridisciplinaire et pluraliste composée de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leur compétence et leur intérêt sur les problèmes éthiques.

Il a pour missions :

- ✚ de faciliter et aider la décision des professionnels qui ont à résoudre des questionnements d'ordre éthique à l'occasion de l'exercice de leur activité, notamment dans leurs rapports avec les patients et leur famille, en particulier pour les conduites diagnostiques ou thérapeutiques ;
- ✚ de donner un avis sur un problème éthique posé par le fonctionnement de l'institution ;
- ✚ de sensibiliser et former à l'éthique les professionnels de santé ;
- ✚ de travailler en réseau avec les autres Comités et Espaces d'éthique médicale.

Il aide à l'appréciation de certaines situations cliniques et institutionnelles, particulièrement lorsqu'elles sont complexes ou soulèvent des difficultés spécifiques. Cette aide, qui s'inscrit dans la recherche de la meilleure définition des comportements des savoirs-être et faire des professionnels, s'adresse en premier lieu au personnel soignant de l'établissement. Il a vocation de donner des avis et recommandations qui n'ont qu'une valeur consultative.

Le Comité Local de réflexion Ethique peut être saisi par les professionnels et usagers : le patient lui-même ou la personne de confiance ou l'entourage de la personne désignée ; tout intervenant médical et non médical de l'établissement ; tout médecin extérieur concerné par un patient pris en charge dans l'établissement.

La composition et les modalités de fonctionnement du Comité de Réflexion Ethique sont définies dans sa charte en cours d'écriture.

10.7 CONSEIL DE VIE SOCIALE (CVS)

Le conseil de vie sociale des EHPAD (Art. D 311-3 C.A.S.F.), présidé par un membre représentant les personnes accueillies ou en cas d'indisponibilité ou d'empêchement par et parmi les familles ou les représentants légaux, favorise la participation et l'expression des personnes âgées et/ou handicapées accueillies ainsi que celles de leur famille ou tuteur et les associe à l'élaboration et à la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.

Les membres du CVS formulent des avis et des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'EHPAD ou du service.

Ils sont associés à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement ou de service en particulier s'agissant du volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. Ils sont entendus lors de la procédure d'évaluation et sont informés des résultats et associés à la mise en place de mesures correctives.

Ils sont consultés sur le plan d'organisation des transports des personnes adultes âgées et/ou handicapées et examinent les résultats de l'enquête de satisfaction annuelle établie sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la HAS et les affiches dans l'espace d'accueil.

Le Président du CVS oriente les demandeurs vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits lorsqu'il est saisi de demandes d'information ou de réclamations. Il rédige un rapport d'activité qu'il présente, après avis du CVS, à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

La composition et les modalités de fonctionnement du Conseil de Vie Sociale sont définies dans le règlement de fonctionnement des EHPAD, annexé.

ARTICLE 11 – DISPOSITIF DES VIGILANCES SANITAIRES AU GHPP

La démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables et la gravité de leurs conséquences. La politique de maîtrise du risque infectieux est déclinée au sein de l'Etablissement (Cf. PG UFH 028 C).

Les différentes vigilances sanitaires et leurs comités, commissions, et correspondants locaux constituent des axes fondamentaux de la politique qualité et de la gestion des risques associés aux soins.

11.1 VIGILANCES SANITAIRES A L'HOPITAL

Les vigilances sanitaires sont instituées par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, et modifiées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Chaque vigilance réglementaire est organisée selon un circuit précis, avec **un signalant, un correspondant et une instance locale**, en articulation avec les instances régionales et nationales. L'ANSM est chargée de coordonner les vigilances sanitaires. La surveillance du risque infectieux est attribuée à Santé publique France. La biovigilance relève de l'ABM.

Ces vigilances sanitaires obligatoires, réglementaires ou hospitalières impliquent la mise en place :

- d'une série d'informations (alerte) visant à corriger une situation et prévenir de nouveaux épisodes du même type, qui se traduisent par l'élaboration de plans de gestion des risques, des enquêtes, des mesures préventives immédiates, le retrait de dispositifs médicaux ou de médicaments ;
- de démarches d'accréditation et de certification découlant des démarches Qualité et sécurité obligatoires à l'hôpital.

Afin d'assurer la sécurité de la prise en charge de tous les patients, un responsable est identifié et désigné par le Directeur de l'Etablissement, pour chacune des principales vigilances sanitaires réglementaires mises en place en lien avec les activités de l'établissement :

11.1.1 - BIOVIGILANCE

Pour signaler et analyser l'ensemble des incidents liés à la chaîne de greffe du prélèvement du donneur au suivi post-greffe du receveur d'organes, de tissus, de cellules d'origine humaine excepté le sang et les gamètes, et pour les produits thérapeutiques annexes.

C'est une veille sanitaire de l'ensemble des étapes de la chaîne du prélèvement à la greffe de cellules, de tissus et d'organes. Elle commence à la sélection du donneur au suivi médical des patients, donneurs vivants ou receveurs. La biovigilance consiste à surveiller le risque d'incident et les incidents relatifs et les événements indésirables survenant chez ces patients.

Un Biologiste est désigné correspondant local de biovigilance. Il est suppléé par une Infirmière référente en biovigilance.

11.1.2– HEMOVIGILANCE

Pour l'ensemble de la chaîne transfusionnelle du prélèvement du donneur au suivi post-transfusionnel du receveur de produits sanguins labiles et la surveillance des effets inattendus ou indésirables résultant de transfusion de produits sanguins labiles.

Elle organise l'évolution et le suivi de l'acte transfusionnel. Son activité s'articule autour de 4 points majeurs : la formation du personnel, la gestion des incidents transfusionnels, l'organisation générale et le lien avec les différents partenaires (Etablissement Français du Sang, les différentes tutelles,...) et la traçabilité des produits sanguins labiles.

Un praticien hospitalier est désigné correspondant local d'Hémovigilance. Il est suppléé par un biologiste.

11.1.3 – IDENTITOVIGILANCE

Pour assurer et veiller au contrôle de l'identité des patients réalisé tout au long de sa prise en charge, afin de s'assurer qu'il s'agit du bon soin au bon patient (à l'entrée pour l'ouverture du dossier et la mise en place du bracelet, pour les traitements, le transport interne, les actes interventionnels, les examens complémentaires et à la sortie avec les documents remis au patient).

Du fait de la taille et des risques liés à leurs acteurs, le GHPP est depuis longtemps impliqué dans la lutte contre les erreurs d'identités dont l'organisation est résumée sous le terme « identitovigilance ». La bonne identification d'un usager est un facteur clé de la sécurité de son parcours de santé. Elle constitue l'acte premier d'un processus qui se prolonge tout au long de la prise en charge. Elle est requise pour tout échange de données de santé entre professionnels. De ce fait, l'identitovigilance est un préalable essentiel à la qualité et à la sécurité des soins.

La politique institutionnelle d'identification de l'usager est déclinée dans une charte d'identitovigilance, annexée, adaptée à la taille de l'établissement et à la complexité des prises en charge réalisées. Elle y décrit les moyens mis en œuvre en termes de processus, procédures, ressources humaines et moyens techniques. Elle précise les lieux et professionnels autorisés à créer l'identification des patients.

Le Comité d'identitovigilance, placée sous la responsabilité d'un Directeur Adjoint, et la Cellule d'IdentitoVigilance, placée sous la responsabilité de la secrétaire médicale des dossiers médicaux, ont pour mission de définir et valider la politique institutionnelle d'identification de l'usager au sein de l'Etablissement.

11.1.4 - MATERIOVIGILANCE

Pour le signalement des incidents ou risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux et les produits thérapeutiques annexes.

Le Comité de Matériovigilance a pour mission de déclarer tout incident ou tout risque d'incident dans l'utilisation d'un dispositif médical (instruments, appareils, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le Fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales...), d'organiser sur l'établissement la remontée de ceux-ci – signalement informatisé à partir du logiciel Blue Médi accessible à tout le personnel de l'établissement puis transmission aux correspondants pour analyse nationale des informations ; de former l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux ; de réaliser un bilan d'activité de toutes les actions effectuées au titre de la matériovigilance (déclaration, formation, alerte...) ; de mettre à jour le guide des vigilances.

Le Pharmacien Gérant de la PUI est désigné correspondant local de Matériovigilance pour le matériel à usage unique, par un pharmacien pour le matériel stérile et par l'Ingénieur Biomédical, pour le matériel à usage multiple non stérile et biomédical.

11.1.5 - PHARMACOVIGILANCE

Pour la surveillance des effets indésirables inattendus résultant de l'administration de médicaments à usage humain et des matières premières à usage pharmaceutique.

Elle organise la surveillance des incidents liés à l'utilisation des médicaments. Trois points forts : le traitement des alertes provenant des services de soins, celui des alertes descendantes et la formation/information.

Un pharmacien est désigné correspondant local de Pharmacovigilance. Il est responsable de la dispensation et du suivi des médicaments. Il est responsable de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives aux médicaments dérivés du sang, dans les conditions prévues au code de la santé publique.

11.1.6 - REACTOVIGILANCE

Pour surveiller et évaluer tous les incidents ou risques d'incidents liés à l'utilisation des dispositifs médicaux de diagnostic in-vitro susceptibles d'aboutir à un résultat erroné ou à un effet néfaste pour l'utilisateur.

En font partie non seulement les réactifs de laboratoire, automates d'analyse et logiciels utilisés lors de la manipulation de l'échantillon biologique, mais aussi les contenants d'échantillons biologiques et les auto-tests délocalisés dans les services cliniques.

Un biologiste est désigné correspondant local de Réactovigilance.

11.1.7 – INFECTIO-VIGILANCE

Pour la lutte contre les infections nosocomiales ou infections associées aux soins afin de prévenir toute infection pouvant être contractée à l'hôpital et due aux soins.

Elle consiste en la surveillance et la prévention des infections associées aux soins acquises à l'hôpital, ou infections nosocomiales, qui peuvent atteindre les patients mais aussi les professionnels de santé. Outre les actions d'information/formation, d'évaluation et les programmes spécifiques de maîtrise du risque infectieux, la surveillance, le signalement, la veille et l'alerte sont les points clés de l'infectiovigilance : surveillance des infections associées aux soins, des infections du site opératoire, enquête annuelle de prévalence des infections nosocomiales, surveillance de l'environnement des patients, dispositifs automatisés de veille autour des bactéries multirésistantes, des infections hautement transmissibles et des bactéries émergentes.

11.2 COMMISSION DES FLUIDES MEDICAUX

Elle procède au contrôle annuel de la conformité aux normes des installations et exécution des travaux. Elle est composée du chef d'établissement, du responsable technique chargé de l'entretien des installations et du matériel de distribution de gaz à usage médical et désigné par le chef d'établissement des services techniques, du pharmacien responsable, du médecin anesthésiste responsable ou à défaut un responsable désigné par l'anesthésie-réanimation ; de praticiens hospitaliers responsables des unités de soins concernés.

11.3 DEPOT DE SANG

L'établissement conserve des produits sanguins labiles destinés à une utilisation thérapeutique directe dans son unité dénommée « dépôts de sang ». **Ce dépôt de sang, placé sous la responsabilité d'un Biologiste**, est une unité qui conserve et délivre, sous l'autorité d'un médecin ou d'un pharmacien, les produits sanguins labiles destinés exclusivement à être administrés dans les services de l'établissement et fait effectuer, le cas échéant, des tests de compatibilité.

Il conserve également des produits sanguins labiles délivrés par son établissement de transfusion sanguine référent en vue de l'administration à des patients de l'établissement de santé. L'établissement ne peut délivrer un produit sanguin labile pour un patient hospitalisé dans un autre établissement de santé qu'en cas d'urgence vitale transfusionnelle. Les produits délivrés dans les conditions mentionnées au précédent alinéa ne peuvent être ultérieurement délivrés pour un autre patient.

11.4 MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRES

Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés :

-  les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ?
-  les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

SECTION III : ORGANISATION MEDICALE AU GHPP

Le Directeur et la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement.

ARTICLE 12 – ORGANISATION POLAIRE

Le GHPP est organisé en cinq pôles d'activités cliniques et médico-techniques, composés de structures internes de prise en charge du patient et de structures médico-techniques (service, département, ou unité fonctionnelle) qui leur sont associés.

L'organisation en pôle d'activités cliniques et médico-techniques au GHPP est arrêtée par décision du Directeur après avis du Directoire, comme suit :



12.1 MISSIONS DES POLES

La mission première des pôles est l'amélioration de l'organisation de l'hôpital, l'ajustement permanent des ressources aux besoins des patients. La vocation des pôles est de conjuguer la qualité de la prise en charge des patients et la recherche d'efficacité, dans une logique de responsabilité.

Les pôles permettent de décloisonner la gestion et les conditions de prise en charge des usagers, de favoriser la circulation de l'information entre les équipes, de favoriser l'émergence de projets transversaux et la coordination des organisations. Le pôle a donc vocation à devenir l'échelon pertinent de la prise de décision au niveau infra-institutionnel. Les missions propres aux pôles respectent les attributions respectives des instances de l'établissement.

Ces pôles sont fédérés par un Chef de Pôle, dont le rôle est explicité ci-après, et un Directeur adjoint référent de tous les pôles, qui organise avec le Chef de Pôle son fonctionnement; un Cadre Supérieur de Santé (CSS), qui apporte son expertise à la gestion du pôle et participe à la mise en œuvre du projet de soins du pôle.

12.2 PRATICIEN CHEF DE PÔLE

Les pôles d'activités cliniques et médico-techniques sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle, nommé conjointement par le Directeur et le Président de la CME, pour une durée de 4 ans renouvelable. La fonction de chef de pôle est incompatible avec celle de Président de la CME.

Il bénéficie d'une formation et reçoit une indemnité de fonction.

Le chef de pôle est le pilote du centre opérationnel de l'hôpital. Il est à la fois médecin et désormais manager de son pôle. Il est investi d'une réelle autorité déconcentrée. Il organise avec son équipe le fonctionnement du pôle. Il favorise, en étroite collaboration avec le Cadre Supérieur de Santé, la concertation interne entre les services, départements, unités et structures qui composent le pôle.

Le chef de pôle met en œuvre la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec ses équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité.

Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il exerce les rôles définis par le contrat de pôle, intervient dans la gestion des personnels médicaux et assure la coordination interne du pôle, dans le cadre de ses orientations.

ARTICLE 13 – RESPONSABLES DES STRUCTURES MEDICALES ET MEDICO-TECHNIQUES

Les pôles sont composés de « services, départements, d'unités fonctionnelles et de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que d'autre part, des services, unités, ou structures médico-techniques qui leur sont associés ».

Les responsables de structures internes, services ou unités-sont nommés, après avis du chef de pôle, par décision conjointe du Directeur et du Président de la commission médicale d'établissement, pour une période de 4 ans renouvelable. Le plan de formation intègre des formations adaptées à l'exercice de leurs fonctions.

Le chef de pôle effectue son choix parmi les candidats à cette fonction, les praticiens de chacune des structures internes, de chacun des services ou département, ou de chacune des unités fonctionnelles du pôle, après entretien avec chacun d'eux. En l'absence de proposition ou en cas de désaccord, le Directeur nomme les responsables de structures internes, services ou unités après concertation du directoire selon les dispositions réglementaires.

Les praticiens responsables de structure interne, service, département, ou unité fonctionnelle assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont il a la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale affectée.

Le temps consacré aux fonctions de chef de service est valorisé et comptabilisé dans les obligations de service du praticien. Il bénéficie d'une formation à sa prise de fonction, adaptée à l'exercice de hautes responsabilités et perçoit une indemnité de fonction.

ARTICLE 14 – PHARMACIE A USAGE INTERIEUR

Le GHPP dispose d'une pharmacie à usage intérieur gérée par un pharmacien.

Celui-ci assure l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du CSP ainsi que des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux tels que définis à l'article L. 5121-1-1 et d'en assurer la qualité, la réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques, et la vente au détail de médicaments au public (rétrocession). Il mène ou participe à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage ; il contribue à leur évaluation et concourt à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Il mène ou participe à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines de la compétence pharmaceutique. Il est tenu d'organiser la distribution de médicaments aux patients de l'HAD.

Les pharmaciens au sein de la PUI exercent personnellement leur profession. Ils exercent aussi des activités de pharmacie clinique, discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la thérapeutique à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé (conciliation, article 51 qui promeut des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé).

Ils sont aidés par des personnes autorisées ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont rattachés à la PUI à raison de leurs compétences, pour remplir leurs missions. Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance.

ARTICLE 15 – DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE

15.1 FONCTIONNEMENT

Le Département d'Information Médicale (DIM) est un service dont l'activité transversale a pour objectif principal le **recueil et l'analyse des informations médicales relatives aux patients hospitalisés** au GHPP. Ce recueil alimente un programme national dénommé PMSI (*Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*). Ces informations sont ensuite transmises aux autorités de tutelle afin qu'elles valorisent le financement de l'activité médicale de l'établissement dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé.

Les activités principales sont les suivantes :

- ✚ **Recueil exhaustif et contrôle qualité de l'activité** ; gestion du PMSI ; gestion des nomenclatures de description de l'activité médicale : diagnostics et actes ; contrôles de la qualité des informations PMSI grâce à la mise en place d'un programme d'assurance qualité.
- ✚ **Analyse des données du PMSI** ; rédaction d'un rapport annuel d'activité PMSI ; élaboration des tableaux de bord de pilotage de l'établissement ; analyse d'activité.
- ✚ **Gestion des archives médicales** ; gestion de la circulation des dossiers médicaux pour les hospitalisations et les consultations ; organisation du classement, de la conservation et de l'élimination des dossiers médicaux selon la réglementation en vigueur.
- ✚ **Accès aux informations médicales** : Organisation de l'accès aux informations médicales à la demande du patient ou de ses ayants droits ou des praticiens hospitaliers des services extérieurs dans le respect de la confidentialité et du secret médical. Cet accès au dossier du patient fait l'objet de règles et de suivi en lien avec le secret professionnel.

Le DIM met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la CME et au Directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant ce en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales et médico-techniques.

Le DIM est régi par un règlement intérieur, en cours de réécriture, voté par le Conseil de Surveillance, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, et modifié selon les mêmes formes.

15.2 TRAITEMENT AUTOMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES – DROIT D'ACCES

Le GHPP recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre. Toute modification des droits d'accès doit être autorisée par le Directeur ou son représentant (Directeur des affaires financières, du contrôle de gestion et de la contractualisation), chargé des relations avec la C.N.I.L.. En outre, le patient a la possibilité d'accéder à son dossier informatisé comme le prévoit la loi du 17 juillet 1978 modifiée.

ARTICLE 16 – PERSONNEL MEDICAL

Les personnels médicaux, quel que soit leur statut, participent à l'activité médicale du service dans lequel ils sont affectés dans le respect de leurs obligations de service. Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé et participent aux missions définies aux articles L. 6111-1 et L. 61121 du Code de la santé publique.

ARTICLE 17 – INTERNES ET STATUTS ASSIMILES

Les internes sont des praticiens en formation 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 responsable de structure interne, de service, département ou d'unité fonctionnelle.

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

Au sein des services 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 peuvent participer au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

ARTICLE 18 – SAGES-FEMMES

Les sages-femmes exercent une profession médicale, au même titre que les médecins. Elles prescrivent dans leur champ de compétences. Elles assurent, en toute autonomie, le suivi de la femme et du nouveau-né en bonne santé. Elles adressent les femmes aux médecins en cas de situation pathologique. Elles sont responsables au sein des services de gynécologie obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

ARTICLE 19 – CONTINUITE & PERMANENCE DES SOINS ET PHARMACEUTIQUE

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical de l'hôpital, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques :

- ✚ assurent la continuité des soins du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des patients hospitalisés, services de soins et consultations des patients externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits visés à l'article prévu à cette effet dans le Code de la Santé Publique) ; Cette continuité impose d'organiser les remplacements imposés par les Congés.
- ✚ participent à la permanence des soins en réalisant des gardes et astreintes les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, et nuits. Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des patients et blessés en urgence.

La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (*COPS : Cf. article 10.1*) 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.

Un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes est arrêté par le Directeur de l'établissement, après avis de la CME et en concertation avec le directoire.

ARTICLE 20 – VISITES MEDICALES QUOTIDIENNES

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu quotidiennement, samedi matin inclu. La visite est assurée par les praticiens du service ou leurs collaborateurs médicaux. Une contre visite peut être organisée si nécessaire et selon le projet de service défini. Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

SECTION IV : AUTRES ACTIVITES EXERCEES PAR LES PRATICIENS HOSPITALIERS ET PAR LES PROFESSIONNELS LIBERAUX

ARTICLE 21 – ACTIVITE LIBERALE

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens hospitaliers exerçant à minima 80 %, y compris en période probatoire sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la Santé Publique (deux 1/2 journées si temps plein, sinon une ½ journée).

Cette activité est matérialisée par un contrat d'activité libérale, d'une durée de cinq ans, transmis par le Directeur de l'établissement à l'A.R.S. avec les avis du Chef de Pôle et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement. Son approbation par le Directeur Général de l'ARS AURA vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale exercée par le praticien. Elle peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques. Le temps consacré à cette activité est porté sur le tableau de service.

L'ouverture à l'activité libérale intra-hospitalière ne sera toutefois possible qu'à la condition que le praticien n'exerce pas une activité libérale en dehors de l'établissement public de santé. En cas d'activité partagée au sein d'un GHT, l'activité libérale ne peut s'exercer que sur deux sites au maximum.

La Commission d'Activité Libérale compétente est celle de l'établissement public de santé d'affectation du praticien ou, lorsque l'activité libérale s'exerce exclusivement en dehors de l'établissement d'affectation, celle de l'établissement où s'exerce l'activité libérale.

ARTICLE 22 – VALENCES EXERCEES PAR LES PRATICIENS HOSPITALIERS

Les valences exercées par les praticiens hospitaliers recouvrent deux cas de figure :

- ✚ des activités cliniques d'intérêt général exercées par le praticien à l'extérieur de l'établissement d'affectation ;
- ✚ des activités non cliniques exercées dans l'hôpital d'affectation (ex. : exercice d'une responsabilité institutionnelle, participation à une activité de recherche...).

Les praticiens hospitaliers peuvent, après accord du Directeur de l'établissement, sur proposition du chef de service ou, à défaut, du responsable de la structure interne et après avis du chef de pôle, exercer des **activités externes** à l'établissement d'affectation dans la limite de :

- ✚ Deux demi-journées maximum par semaine en moyenne sur le quadrimestre pour les praticiens exerçant à temps plein ;
- ✚ Une demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre pour les praticiens exerçant à raison de huit ou neuf demi-journées par semaine.

Ces activités externes doivent présenter un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, dont les établissements publics de santé, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Elles peuvent donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement d'affectation et les organismes d'accueil définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé. Une fois conclus, le praticien a de plein droit le statut de salarié de l'organisme où il réalise ses valences. Il n'est pas possible de cumuler une activité d'intérêt général en externe, et activité libérale au sein de l'établissement d'affectation.

ARTICLE 23 – ADMISSION AU SEIN DU GHPP DE PROFESSIONNELS EXERCANT A TITRE LIBERAL

Les médecins, odontologistes et sages-femmes exerçant à titre libéral (et autres professionnels de santé non hospitaliers : masseurs-kinésithérapeute, etc...) peuvent être associés au fonctionnement de l'établissement assurant une ou plusieurs missions de soins au bénéfice des patients hospitalisés au GHPP et participent aux missions de service public (prise en charge du patient hospitalisé, participation à la continuité et à la permanence des soins, coordination avec les autres professionnels de santé, accès au plateau technique...).

L'établissement peut, par contrat, recourir à leur aide technique afin d'optimiser notamment l'utilisation du plateau technique du GHPP (Cardiologie, Radiologie, Ophtalmologie, Rééducation...).

En contrepartie, le professionnel de santé libéral reverse une redevance assise sur les honoraires perçus, prévue par les textes règlementaires, permettant de couvrir les charges de l'hôpital (locaux et matériels, temps de secrétariat mis à disposition, ...). Une rémunération est également prévue pour leur participation à la permanence des soins. Sa participation à ces missions de service public revêt plusieurs obligations au sein du GHPP :

- 1/ Engagement à respecter les recommandations des bonnes pratiques professionnelles (HAS et Sociétés Savantes) ; le projet d'établissement, le présent règlement intérieur, le programme d'actions visant à l'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; le livret thérapeutique mis à sa disposition par le pharmacien gérant de la PUI, les mesures mises en place dans l'établissement pour assurer la continuité des soins, et notamment les délais d'intervention des professionnels de santé.
- 2/ Engagement à participer au projet médical, à la démarche qualité et sécurité des soins, notamment en mettant en œuvre des EPP ; valoriser son activité en participant au PMSI ; transmettre au Directeur de l'établissement son état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient ; indiquer ses horaires de présence dans l'établissement ; signaler ses absences et congés au Directeur de l'établissement et communiquer les coordonnées de son remplaçant s'il en dispose ; utiliser le dossier patient informatisé (DPI).

SECTION V : SERVICE DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE AU GHPP

ARTICLE 24 – PROFESSIONNELS DE SANTE PARAMEDICAUX

Les cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation, de planification des soins, de démarche qualité au sein de leur pôle, en lien avec le chef de pôle.

Les cadres de santé paramédicaux, garants de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'unité, assurent l'encadrement des équipes paramédicales, ainsi que de la bonne réalisation des soins et des activités de l'équipe.

Les personnels médico-techniques, de rééducation-réadaptation accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence et à ce titre sont chargés de l'exécution des prescriptions médicales et des protocoles établis par les médecins.

Les infirmiers, dans le cadre de leur rôle propre, mettent en œuvre les soins nécessaires à la préservation des fonctions vitales du patient, à sa sécurité et son confort, à son éducation sanitaire et à son accompagnement.

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

Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

D'autres catégories de personnels concourent également à la prise en charge des soins, **aide-préparateurs en pharmacie, aide-pharmacie, agents de stérilisation, magasiniers en pharmacie**, etc....

Les étudiants des écoles paramédicales sont accueillis en stage sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres et tuteurs de stage. **Les étudiants en soins infirmiers** élaborent des démarches de soins et sont chargés de réaliser dans le cadre de leur stage certains soins courants, qui leur sont confiés au regard de leur niveau de formation et des objectifs de stage. Les étudiants sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

ARTICLE 25 – COMPOSITION ET MISSIONS DU SERVICE SOCIAL

Le service social est placé sous la responsabilité d'un cadre de santé, responsable du service de rééducation. A ce titre, il gère les assistants de service social affectés dans les pôles, et les adjoints administratifs. Le service social hospitalier a pour mission de faciliter l'accès aux soins et aux droits et de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales. Son action vise à préserver l'autonomie, lutter contre l'exclusion et favoriser la réinsertion sociale et professionnelle. Tout en veillant à la confidentialité des informations, son action s'exerce en intra et extrahospitalier, en complémentarité avec les équipes médicales, soignantes, administratives et les partenaires extérieurs. Le service social concourt également aux actions de prévention dans le domaine sanitaire et social, aux actions pédagogiques, individuelles et collectives, et aux actions institutionnelles. Les assistants de service social sont à la disposition des hospitalisés et de leurs proches et peuvent se rendre au chevet du malade, à la demande de ce dernier. Ils accueillent les patients, leurs familles et les groupes qui nécessitent une prise en charge médico-sociale. Dans le cadre de la relation d'aide et du respect du secret professionnel, ils informent, conseillent, orientent, soutiennent les personnes accueillies et effectuent les prises en charge en lien avec la maladie, le handicap et la dépendance.

ARTICLE 26 – PSYCHOLOGUES

Suivant la définition statutaire, les psychologues exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel. Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action. Les conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements hospitaliers a fait l'objet d'une circulaire N° DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 portant mesures d'organisation des services retenues par le Ministre de la Santé.

CHAPITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

SECTION VI : NATURE ET OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

Ces règles de sécurité sont applicables sur l'ensemble des sites du GHPP.

ARTICLE 27 – NATURE DES REGLES DE SECURITE

Les règles de sécurité générale visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnelles aux besoins de l'hôpital, en fonction des circonstances locales. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers ou personnels.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur en vertu de son pouvoir de police et d'organisation :

- ✚ édicte dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit ; les règles de sécurité par voie de recommandations générales ou de consignes particulières ;
- ✚ coordonne leur mise en œuvre ;
- ✚ veille au respect de celles-ci.

Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels. Il communique par support le plus approprié (note de service, note d'information, mail, etc.).

ARTICLE 28 – OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du site hospitalier, toute personne y ayant pénétré se conforme aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle respecte les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéit 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 de l'hôpital leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est transmis à cet effet. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du Directeur de l'hôpital les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

SECTION VII : SECURITE GENERALE

ARTICLE 29 – SECURITE INCENDIE

Les sites du GHPP sont assujettis aux règles de sécurité incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public. Ils sont dotés d'une détection incendie. Dans chaque service, un report d'alarme sélective est installé.

Le personnel dispose de consignes à tenir en cas d'alarme incendie, le cas échéant toute personne présente au sein de l'établissement obéit aux injonctions des personnels habilités. Les plans d'évacuation et les consignes à tenir en cas d'incendie sont affichés dans les couloirs des services, il est strictement recommandé d'en prendre connaissance et de les appliquer. Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc...) sont, en outre, conformes aux dispositions de la loi relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

L'hôpital tient un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité et en particulier :

- ✚ L'état nominatif du personnel chargé du service d'incendie ;
- ✚ Les diverses consignes, générales et particulières, établies en cas d'incendie (décret n°2009-1119 du 16 septembre 2009) « y compris les consignes d'évacuation prenant en compte les différents types de handicap ».
- ✚ Les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu, etc...), des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ;
- ✚ Les dates des travaux d'aménagement et de transformation, leur nature, les noms du ou des entrepreneurs et, s'il y a lieu, de l'architecte ou du technicien chargé de surveiller les travaux ; Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobiliers, etc..) fait l'objet d'une demande préalable auprès du pôle des Achats, des Travaux, des Services Techniques et de Sécurité, et de la Logistique ;
- ✚ Tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres, etc...

Ces renseignements sont communiqués à la Commission de Sécurité compétente lors des visites périodiques de contrôle et des visites inopinées.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux incendie et des sorties de secours ainsi qu'à proximité des zones désignées à risque (postes haute tension, chaufferies, fluides médicaux).

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 de produits dangereux et liquides inflammables,
- ✚ la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation,
- ✚ 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.

ARTICLE 30 – PERSONNEL DE SECURITE INCENDIE ET DE PROTECTION DES BIENS ET PERSONNES

Tous les personnels assurant la sécurité générale, exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le Code Pénal (articles 223-6 et 122-7 : obligation d'assurance aux personnes en péril ; légitime défense ou état de nécessité) et par le Code de Procédure Pénal (article 73 : crime ou délit flagrant).

Ils interviennent en matière de sécurité incendie, et de sûreté et d'incident grave en attente de l'intervention des forces de police. Ils ne peuvent intervenir dans les services de soins que sur demande justifiée du Directeur ou des personnes responsables de ces services.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. Ils peuvent retenir aux issues de l'hôpital, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit.

Ils peuvent, dans les mêmes conditions, retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins. En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire, ni à des investigations ou à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

ARTICLE 31 – MATERIEL DE SECURITE GENERALE

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique a lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le Directeur aux instances représentatives compétentes de l'hôpital. Il est conforme aux dispositions énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés auxquelles il est soumis. 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 est en conformité aux règles auxquelles il est soumis énoncées par la commission.

ARTICLE 32 – TROUBLES A L'ORDRE PUBLIC OCCASIONNES DANS L'ENCEINTE DE L'HOPITAL

32.1 PAR UN PATIENT

L'équipe de sécurité reste présente dans le service le temps nécessaire pour calmer le patient et fait des rondes régulières pour surveiller l'évolution de la situation. Si nécessaire, elle fait appel à la police pour maîtriser le patient auteur de violences, de menaces ou de dégradations volontaires. Après discussions infructueuses avec le patient, et sur certificat du médecin responsable indiquant la comptabilité de l'état de santé du patient avec une sortie, le Directeur peut prononcer la sortie de l'Intéressé.

32.2 PAR LES VISITEURS OU TOUT AUTRE INDIVIDU

Tout accompagnant, visiteur ou tout autre individu qui, le cas échéant, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, après discussions infructueuses avec l'individu, le Directeur décide l'expulsion de l'individu hors de l'hôpital et de son enceinte, y compris les bâtiments adjacents situés sur l'emprise du Val de Beausseret (Addictologie, HAD, résidence des Internes...). Le Directeur bénéficie de l'aide des agents de sécurité pour faire procéder à l'expulsion du visiteur et pour faire respecter l'interdiction de visite. Dans ce cas, elle est signalée à l'encadrement du service de sécurité incendie et de sûreté et aux cadres du service où est hospitalisé le patient. En cas de refus d'obtempérer de l'individu, accompagné de menaces et/ou de violences, l'équipe de sécurité ou le Directeur, fait appel aux forces de police ou de Gendarmerie.

Lorsque la sécurité du personnel ou des malades est en jeu (ébrioité, menaces, port d'arme, etc...), le service de sécurité incendie et de sûreté est systématiquement appelé. Il contacte les forces de police, si nécessaire. Tout échange verbal avec les personnes ayant occasionné des troubles et leur expulsion, le cas échéant, doit se faire, dans la mesure du possible avec discrétion vis-à-vis des personnes hospitalisées et de leurs accompagnants. Les entretiens avec les personnes ayant occasionné des troubles doivent être réalisés en présence d'un tiers.

ARTICLE 33 – REGLES DE RESPONSABILITE

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Le GHPP assure en cas de menaces, violences, voies de faits, 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.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel est passible de poursuites judiciaires. 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 (article 40), 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).

ARTICLE 34 – SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

En cas de situations exceptionnelles, le Directeur ou le Cadre de Direction d'astreinte, prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Dans ce cadre, le personnel a l'obligation de communiquer son adresse et son numéro de téléphone et d'actualiser ses données auprès de l'administration de l'établissement, ces informations devant être connues par l'établissement dans le cadre d'un déclenchement d'un plan blanc, au titre duquel toute personne peut être appelée à tout moment. Le CSE en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

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

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plan d'urgence, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'hôpital, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

ARTICLE 35 – RAPPORT AVEC LES FORCES DE SECURITE INTERIEURE ET LES AUTORITES JUDICIAIRES

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.

Seul le Directeur, ou le cadre de direction d'astreinte a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Les relations Hôpital, Police, Justice font l'objet d'une convention revue régulièrement. Cette convention fixe les modalités d'un partenariat actif entre les forces de sécurité intérieure, les autorités judiciaires et le Directeur du GHPP, afin de concourir à la sécurité des usagers, des agents hospitaliers et des biens du GHPP.

Le Directeur ou l'administrateur de garde peut décider s'il y a lieu de demander une intervention de la police au sein de l'hôpital, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur de l'hôpital doit, dans les plus brefs délais, être 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, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

SECTION VIII : SECURITE DU FONCTIONNEMENT

ARTICLE 36 – MAITRISE DES RISQUES

Le Directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels et du public fréquentant chaque site du GHPP. Le document unique reprend l'ensemble des risques professionnels auxquels les agents peuvent être confrontés.

A cet effet, sur la base d'une cartographie des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité et du fonctionnement de l'hôpital, le Directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il prévoit un programme de formation des personnels aux mesures de prévention des risques ainsi que des procédures d'information des usagers en cas de dommage lié aux soins.

Conformément à la réglementation, la médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

ARTICLE 37 – GARDE ADMINISTRATIVE ET ASTREINTES TECHNIQUE & INFORMATIQUE

37.1 GARDES ADMINISTRATIVE

Une garde administrative est organisée 24h sur 24 pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout évènement qui pourrait entraver son bon fonctionnement. Elle est assurée par un membre de l'équipe de direction, ou un attaché d'administration hospitalière et ou un ingénieur biomédical. Pendant sa garde, l'Administrateur de garde est investi, par délégation du Directeur, de la compétence et de la responsabilité de ce dernier, dans la limite de ce qui est nécessaire. Il lui appartient d'avertir le Directeur, chef d'établissement, de tout évènement, qui, en raison de sa nature ou de sa gravité, est susceptible d'engager la responsabilité du centre hospitalier ou de porter atteinte à son image.

37.2 ASTREINTES TECHNIQUE ET INFORMATIQUE

Le Directeur de l'hôpital organise les astreintes technique et informatique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement des sites du GHPP. Il désigne les agents de ces services techniques du GHPP qui assurent une garde, distincte de la garde administrative.

ARTICLE 38 – INTERDICTION DE FUMER - HOPITAL SANS TABAC

Il est interdit de fumer et de faire usage de cigarette électronique dans l'ensemble des locaux clos et couverts des sites du GHPP. Cette interdiction concerne, au même titre les locaux d'accueil et de réception, les locaux affectés à la restauration collective, les salles de réunion et de formation, les salles et espaces de repos, les locaux réservés aux loisirs, à la culture et au sport et tous les locaux médicaux et sanitaires, y compris les chambres. Cette interdiction s'étend aussi dans certaines zones extérieures de l'établissement à proximité d'installations sensibles et des zones accueillant des patients fragiles (consultations externes, radiothérapie...).

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants, leurs proches, les personnels ; le principe de l'interdiction de fumer.

SECTION IX : ACCES, CIRCULATION ET STATIONNEMENT

Sous réserve de l'application du Code de la Route, le Directeur réglemente les accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des malades et l'accès aux services), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

ARTICLE 39 – ACCES DIVERS

L'établissement dispose d'une seule voie d'accès à partir du rond-point situé sur la route départementale 6.

L'accès dans l'enceinte des sites de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur travail. 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.

39.1 ANIMAUX

L'introduction d'animaux domestiques est interdite dans l'enceinte de l'hôpital, sauf besoin de service ou autorisation spéciale. Celle-ci ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité, lorsque celles-ci viennent pour des soins, jusque dans les halls d'accueil, soient autorisés au sein de l'hôpital, conformément aux dispositions légales.

Les animaux domestiques ne sont pas admis dans les EHPAD, sauf dérogation expresse accordée par la Direction, après évaluation et autorisation du trinôme du pôle de gériatrie. Dans cette hypothèse, l'animal ne doit en aucune manière troubler la tranquillité et le confort des autres résidents, ni remettre en cause la qualité de l'hygiène au sein de l'établissement. La Direction peut annuler à tout moment la dérogation accordée.

39.2 DETENTION ET TRAFIC DE PRODUITS ILLICITE / D'ARMES OU OBJET DANGEREUX

Sont strictement interdits dans l'enceinte de chaque site du GHPP à toute personne (patients, visiteurs, accompagnants, personnels, etc...) d'introduire des produits stupéfiants, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

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

Dans l'hypothèse où le personnel procéderait à la découverte inopinée : d'une arme ou de produits illicites ou dangereux, leur présence ne peut être admise, le patient sera invité à le(s) remettre à un tiers de son choix ou à en faire le dépôt. Dans ce cas un inventaire sera dressé.

S'il n'en fait pas le dépôt, l'arme ou les produits seront confisqués par le Cadre de Santé en présence d'un agent de sécurité ou d'un autre témoin. Le médecin ou le Cadre de Santé informe le patient que selon la nature de l'arme, l'établissement sera dans l'obligation de les remettre dans les plus brefs délais aux autorités de police.

La communication de l'identité de la personne se fera dans le respect des formes requises par la loi. En aucun cas les produits illicites ne sont restitués à la personne.

ARTICLE 40 – 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 ou son représentant est immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

40.1 VISITES ET RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur sur avis des chefs de Pôle et de services concernés. Le Directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités de soins concernées. 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 troublent pas le fonctionnement du service.

Toute entrée dans l'établissement est interdite après 20h, en dehors du service des urgences. Les sorties s'effectuent par le hall d'accueil du site du GHPP. Pour les sites extérieurs, structures d'hébergement des personnes âgées, il convient de se référer à leur règlement de fonctionnement.

En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, sur prescription médicale. Le droit aux visites peut être restreint :

- ✚ pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ;
- ✚ pour les patients placés sous surveillance de la police ;
- ✚ en période d'épidémie.

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

Les patients peuvent demander au cadre de santé, responsable du service, de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront, d'avoir accès auprès d'eux.

Les proches d'un patient dont l'état est jugé critique, peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement. Ils peuvent également, dans certains services, disposer d'un couchage d'accompagnant. Ils seront informés des tarifs pratiqués par l'établissement par tout moyen adapté (affichage, site internet, livret d'accueil).

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer prévue par le présent règlement.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres de patients des médicaments, sauf accord exprès du médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Il est veillé, dans l'intérêt du patient, à ce que ne lui soit pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur peut décider l'expulsion du visiteur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure. Les produits apportés à l'hôpital peuvent être détruits à la vue du malade ou de sa famille.

La responsabilité de l'administration ne peut être engagée à l'occasion de tels faits.

40.2 STAGIAIRES EXTERIEURS

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'hôpital doivent faire l'objet d'une convention entre l'hôpital et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire. Les conventions sont gérées par la Direction des Ressources Humaines. Dans le cas où la 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 des Ressources Humaines ou de la Direction des Affaires Médicales. Le stagiaire, dans ce cas, doit disposer d'une assurance en responsabilité civile. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

40.3 ASSOCIATIONS DE BENEVOLES

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, des visites, un soutien ou des activités au bénéfice des malades au sein du site hospitalier. Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec le GHPP une convention définissant les droits et obligations réciproques.

A l'appui de cette coopération, l'association doit fournir notamment au GHPP : son statut, une attestation d'assurance en responsabilité civile et une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

En ce qui concerne les associations de patients, un accord d'intervention préalable sera requis auprès du corps médical de la spécialité pour s'assurer de la compatibilité de leur action avec les prises en charge.

Des autorisations de permanences peuvent être accordées en fonction des possibilités de locaux et feront l'objet d'une convention spécifique. L'accès auprès des patients est subordonné à l'accord de ces derniers ; le cas échéant, le chef de service peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales.

Toute création, par des personnels de l'établissement, d'une association dont le siège est situé à l'adresse du GHPP, doit faire l'objet d'un accord préalable explicite de la direction générale.

En tout état de cause, les personnes bénévoles internes /externes ne peuvent dispenser aucun soin.

40.4 PROFESSIONNELS DE LA PRESSE

L'hôpital est un lieu de nature spécifique où la réalisation d'un reportage est soumise à autorisation préalable de la part de l'administration. L'accès des professionnels de la presse (journalistes, cameramen 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 du GHPP. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur, ou bien d'un accord oral, après information du Directeur adjoint chargé de la communication. Lors des jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du Directeur de garde.

La Direction du GHPP est chargée de gérer les demandes des médias (presse écrite, radio, télévision, e-média, etc....) qui souhaitent un éclairage sur une activité, un secteur ou une mission de l'hôpital. Il définit avec les personnes concernées les modalités d'accompagnement de la presse dans l'établissement.

Les autorisations de reportage sont données par la direction chargée de la Communication. En cas de non réponse, il convient de contacter la Direction Générale ou le Directeur de Garde. Cette autorisation d'intervention n'exempte pas le journaliste de recueillir l'autorisation individuelle expresse de chacune des personnes qu'il souhaite photographier, filmer ou interviewer. Pour les enfants mineurs et les majeurs protégés, il doit obtenir l'accord écrit du représentant légal.

Les images (télévisées ou photographiques) des patients ou des personnels ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ceux-ci.

Elles sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse. Le GHPP ne saurait être appelé en garantie en cas de litige consécutif à une autorisation.

40.5 ACCOMPAGNANTS PRIVES

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du Directeur du GHPP, qui peuvent à tout moment rapporter cette décision. La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical. Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

40.6 NOTAIRES

Lorsqu'un malade 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. Tous abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

40.7 VISITEURS MEDICAUX & ENTREPRISES COMMERCIALES

Les visiteurs médicaux et l'ensemble des entreprises commercialisant des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, équipements ou prestations) ne doivent en aucun cas perturber le bon fonctionnement de l'établissement et entraver la dispensation des soins.

Dans chaque service, la visite médicale fait l'objet d'un rendez-vous préalable auprès du service concerné. Les modalités de la visite médicale sont définies par le responsable du service. L'accès des visiteurs médicaux aux structures à accès restreint (blocs opératoires, secteurs stériles, réanimation...) est interdit sans accord préalable écrit du chef de service concerné ou du chef du bloc opératoire (et du Président du conseil de bloc si nécessaire). L'accès des visiteurs médicaux aux professionnels paramédicaux est subordonné à l'autorisation du cadre responsable de service.

Tout intervenant extérieur venant réaliser des prestations de maintenances ou de services au sein d'un site, doit se présenter dès son arrivée, soit auprès de son contact, soit auprès du responsable de service dans lequel il doit intervenir.

Tout personnel de maintenance ou d'intervention technique amené à intervenir sur les sites des établissements a l'obligation de porter de façon visible, un dispositif d'identification indiquant de façon claire la raison sociale de son entreprise et le nom/prénom de la personne. Toute personne en infraction avec cette règle peut être reconduite hors du site. Il porte, par ailleurs, les équipements de protection individuelle adéquats et réglementaires pour effectuer les tâches à réaliser dans les meilleures conditions.

La déclaration d'un sous-traitant étant obligatoire, chaque entreprise sous-traitante doit avoir reçu formellement son acceptation par le pouvoir adjudicateur pour être admise à exercer sur le site.

40.8 DEMARCHEURS, PHOTOGRAPHES, AGENTS D'AFFAIRES ET ENQUETEURS

L'accès au sein de l'hôpital des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

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

ARTICLE 41 – CIRCULATION

En matière de circulation, le Directeur délivre des autorisations d'accès, limite les vitesses, précise les priorités, interdit, réduit ou réserve l'usage de certaines voies, interdit ou réglemente l'entrée de certains véhicules (notamment les camions, caravanes et camping-cars). Toutes les dispositions prises doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

41.1 NATURE DE LA VOIRIE HOSPITALIERE

Les voies de circulation établies dans l'enceinte de chaque site du GHPP constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. 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.

A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier. Les voies de dessertes et les aires de stationnements situées dans l'enceinte de l'hôpital et dans l'enceinte de ses sites extérieurs sont créées, aménagées et organisées conformément aux besoins du service public.

41.2 SECURITE DES VOIES

Le bon fonctionnement du service public hospitalier exige qu'en toute circonstance :

- ✚ les voies de desserte soient libres afin que la circulation puisse s'y effectuer sans encombre,
- ✚ les accès aux services d'urgence, les entrées et sorties des bâtiments hospitaliers et de leurs dépendances, telles que les issues de secours, les zones destinées aux services de lutte contre l'incendie, les parcs d'ambulances, les locaux techniques (par exemple : centrales de fluides médicaux, groupes électrogènes) soient constamment dégagés,

- ✚ les voies et emplacements ainsi définis sont signalés par des panneaux portant la mention “ *interdiction absolue de stationner - enlèvement de tout véhicule gênant* ” et matérialisés au sol, éventuellement séparés d’autres voies et aires de stationnement par des barrières ou des chaînes.

41.3 REGLES APPLICABLES

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le GHPP pourra arrêter des modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès aux sites hospitaliers.

Le Code de la Route est applicable sur les différents sites du GHPP, et en particulier, sur le centre hospitalier et le site du val de Beusseret :

- ✚ **La signalisation** est adaptée au Code de la Route, en particulier celle concernant l’interdiction de s’arrêter, l’information d’enlèvement de véhicule en cas d’infraction. Elle peut être complétée par des signaux propres aux besoins du GHPP. La signalisation informe les usagers des règles de circulation et de stationnement en vigueur au GHPP. Tout contrevenant pourra être verbalisé par les autorités compétentes.
- ✚ **La police nationale et la police municipale** sont chargées de faire respecter le Code de la Route notamment en matière d’accès des véhicules d’incendie et de secours et peuvent être sollicitées pour sanctionner les contrevenants en matière de stationnement des véhicules (places réservées aux handicapés par exemple).
- ✚ **Les agents de sécurité du GHPP** sont chargés de faire 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 GHPP se réserve le droit d’interdire, temporairement ou définitivement**, l’accès à ses sites aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux paragraphes précédents, 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.
- ✚ La vitesse sur les voies ouvertes à la circulation est limitée à **30 kms à l’intérieur de l’enceinte**, ainsi qu’aux abords des bâtiments et sur les aires de stationnement.
- ✚ En cas **de déclenchement des plans d’alerte ou d’urgence** (plan blanc), la direction assure l’organisation des accès en liaison avec l’ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.
- ✚ Les conducteurs sont tenus d’éviter les comportements générateurs de bruit.
- ✚ Les parcs et jardins du GHPP sont strictement affectés au service public hospitalier. Ils constituent des emplacements interdits aux véhicules et à leur stationnement.

ARTICLE 42 – STATIONNEMENT

En matière de stationnement, le Directeur définit les conditions de dépose ou d’arrêt, délivre les autorisations de stationnement, interdit et réserve les lieux de stationnement.

Dans les enceintes de l’hôpital et de ses sites extérieurs, l’arrêt et le stationnement sont interdits et considérés comme gênants en dehors des emplacements matérialisés, sur les voies de circulation et de desserte des bâtiments et sur les emplacements réservés aux véhicules d’urgence.

Ne sont pas autorisés également dans l’enceinte de l’établissement :

- ✚ Les véhicules des riverains des établissements du GHPP, et des personnes qui n’ont pas la qualité d’usager du service public hospitalier.
- ✚ Sauf dérogation accordée par le Directeur de l’établissement, le stationnement des véhicules dont les dimensions excèdent celles des emplacements tracés au sol, est interdit.
- ✚ L’utilisation des parkings pour faire du caravanning et du stationnement de camping-cars.

Le GHPP arrête des zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels et aux visiteurs, usagers et patients, appréciées par le Directeur. Des places sont également réservées aux personnes à mobilité réduite et aux personnes avec poussettes.

La mise à disposition de parking dans l'enceinte et hors de l'enceinte de l'hôpital et de ses sites extérieurs, quelles qu'en soient les conditions ne constituent aucunement une obligation mais au contraire une facilité. Ils sont accessibles de 22 h 30 à 4 h 30 :

1/ Sur l'enceinte de l'Hôpital :

- ✚ Parking Visiteurs (accessible à tous publics) et parking à vélos ;
- ✚ Parking Personnels ;
- ✚ Parking de l'IRM (accessible aux personnels de l'IRM, aux usagers et visiteurs) ;
- ✚ Parking D/R (accessible aux usagers de la chambre mortuaire) ;
- ✚ Parking E Ouest (accessible aux véhicules de services) ;
- ✚ Parking E Nord (accessible aux professionnels du magasin et de la blanchisserie) ;
- ✚ Parking F (accessible aux véhicules de transport) ;
- ✚ Parking I Qualité (accessible aux personnels de l'Ets) ;
- ✚ Parking L PUI (accessible aux personnels et visiteurs) ;
- ✚ Parking Stérilisation : vélos,
- ✚ Parking G Galoubet (Est Agduc) ;
- ✚ Parking voie de sortie, face à ALP 1 & 2 & C, le long des bâtiments (accessible tous publics) ;
- ✚ Parking Consultations Externes , face à ALP 1 & 2 & C, le long des bâtiments (accessible aux usagers) ;

2/ Sur l'enceinte extérieure de l'hôpital :

- ✚ Parking face à la RD6 (accessible à tous publics) ;
- ✚ Parking Y Val de Beausseret (accessible aux personnels, usagers et visiteurs) ;
- ✚ Parking Nord N & H (accessible à tous publics).

3/ Sur les sites extérieurs de l'Hôpital :

- ✚ Parking de l'EHPAD de la Manoudière de Montélimar ;
- ✚ Parking de l'EHPAD Les Portes de Provence de Donzère ;
- ✚ Parking de l'hôpital de Dieulefit,
- ✚ Le site du CPEF de Montélimar.

L'ensemble du personnel est invité à stationner sur les parkings qui leur sont dédiés afin de laisser libre les autres places de parking du GHPP aux visiteurs, usagers et patients et consultants. Les véhicules du personnel hospitalier, en poste ou en journée, sont autorisés à stationner pendant la période correspondant à la durée du travail quotidien.

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

ARTICLE 43 – RESPONSABILITES

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. L'attention de toute personne doit être attirée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et que, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'Hôpital, notamment en cas de dommage, d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou commis dans des véhicules en stationnement, ni à l'occasion d'éventuelles dégradations subies par ces derniers. Toute infraction est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de son auteur.

Tout conducteur ou usager impliqué dans un accident de la circulation à l'intérieur de l'enceinte des sites du GHPP, doit respecter les prescriptions du Code de la Route, relatif au "*comportement en cas d'accident*", dans les mêmes conditions que sur la voie publique.

Une action en dommages et intérêts peut être intentée à l'encontre du contrevenant considéré. L'intéressé est informé de l'intention du GHPP, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de stationnement d'un véhicule qui viendrait porter atteinte à la sécurité interne et à compromettre le bon fonctionnement du service public hospitalier, en occupant les emplacements portant la mention « *interdiction absolue de stationner - enlèvement de tout véhicule gênant* », le Directeur de l'établissement prend les mesures nécessaires pour faire cesser le péril encouru en faisant appel à la police municipale.

Tout véhicule, en situation de stationnement interdit, peut entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut, s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier, entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (ex. : sur voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts aux véhicules, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière.

Le GHPP se réserve le droit de demander l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier, de faire appel aux forces de police, à la fourrière, pour faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave.

Ce stationnement interdit fera l'objet d'un constat d'infraction par les agents du service de sécurité incendie et de protection des biens et des personnes. Il sera notifié au contrevenant et porté à la connaissance du Directeur de l'établissement, qui peut prendre des « mesures » pour non-respect du règlement intérieur.

Les frais d'enlèvement et ceux liés à l'immobilisation du véhicule sont mis à la charge de son propriétaire.

Tout conducteur de véhicule est responsable des dégâts matériels et autres réalisés avec son véhicule, quelques que soient les circonstances. En cas de dommage, le conducteur doit immédiatement s'adresser à l'accueil pour faire réaliser un constat. Dans le cas contraire, il pourra faire l'objet de poursuites. L'ensemble des réparations à l'identique seront prises en charge par l'assurance du conducteur, ou à défaut le conducteur lui-même.

Les dispositions du présent chapitre du règlement intérieur sont portées à la connaissance des membres du personnel du GHPP, des usagers du service public hospitalier, des fournisseurs et des visiteurs, par tout autre moyen, de telle manière que nul ne puisse se prévaloir de la méconnaissance des règles de sécurité.

CHAPITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PARCOURS DU PATIENT

SECTION X : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 44 – DROITS DU PATIENT HOSPITALISE

Le GHPP applique les chartes de la personne, de l'enfant et de la personne âgée hospitalisés, qui font la synthèse des droits des patients avec pour objectif de les faire connaître concrètement aux patients accueillis dans les établissements de santé et de permettre de donner des informations plus complètes en la matière. Elles sont annexées au livret d'accueil remis lors de l'admission.

D'autres guides et une multitude de fiches pratiques sont également disponibles via internet sur les droits des usagers. Ils ont vocation à orienter le patient/usager vers les sources d'informations déjà existantes en abordant les grands domaines de la prise en charge sanitaire :

- ✚ Le Défenseur des droits : usagers de la santé : votre santé/vos droits,
- ✚ France Assos Santé : Usagers du système de santé : connaissez et faites valoir vos droits ; accès au dossier médical ; droits des malades dans leurs recours au système de santé.....,
- ✚ L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes : Connaitre ses droits : les directives anticipées, le droit à l'image, la personne qualifiée, la personne de confiance, le dossier médical ; droits des usagers/réclamations.
- ✚ Le Ministère de la Santé et de la Prévention : <https://solidarites-sante.gouv.fr/> - droits des usagers.

Le présent chapitre ne vise pas à énoncer tous les droits du patient puisqu'ils sont désormais accessibles sur les sites internet au plus grand nombre, et notamment sur le site du GHPP :

<https://www.gh-portesdeprovence.fr/accueil-informations/relation-avec-les-usagers>

ARTICLE 45 – RESPECT DE LA PERSONNE

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la Santé Publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la bientraitance, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret, et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés.

ARTICLE 46 – PRINCIPE DU LIBRE CHOIX

Le droit du patient au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence, les contraintes liées à l'organisation du service (notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, déclenchement plan blanc par ex.) et par les disponibilités en lits de l'hôpital.

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

Le patient a également le libre choix du prestataire de soins et du pharmacien d'officine. Plusieurs fournisseurs de dispositifs médicaux et de prestations à domicile ont signé un contrat d'engagement d'une durée de quatre ans notamment pour les activités d'HAD et de la PUI. L'établissement de santé peut être amené à proposer au patient le choix parmi les prestataires ayant signé une charte de bonnes pratiques et les pharmaciens d'officine. Aucun lien d'exclusivité ne lie l'établissement de santé et un prestataire.

ARTICLE 47 – INFORMATION AUX PATIENTS SUR LES RISQUES LIES AUX SOINS

La loi et le code de la santé publique posent le principe d'un signalement par tout professionnel, hospitalier ou non, de tout événement indésirable lié à une prise en charge médicale (accident médical, affection iatrogène, infection liée aux soins, événement indésirable associé à un produit de santé). Ainsi, **l'article L.1111-2** du Code de la Santé Publique, pose les fondements légaux de l'information des patients engagés dans un processus de soins, de diagnostic ou de prévention.

L'information du patient sur les infections associées aux soins doit être mise en œuvre à différentes étapes au cours des soins :

- + à l'entrée dans l'établissement de santé sur le livret d'accueil ;
- + en cours d'hospitalisation et en fonction du niveau de risque des soins dispensés (ex. : lors d'une intervention chirurgicale, d'une pose de cathéter, ...) ;
- + lorsqu'une personne a contracté une infection liée aux soins, le médecin en charge de cette personne doit l'en informer dans le respect du code de déontologie ;
- + lorsque plusieurs personnes ont été exposées au même risque infectieux, une information rétrospective est nécessaire.

Le dommage peut découler d'un aléa ou d'un évènement indésirable : dans ce cas, l'évènement est déclaré pour servir à l'amélioration des pratiques ou des organisations de l'Hôpital. L'information en cas de dommage lié aux soins s'inscrit donc dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'Hôpital. Toute découverte d'un évènement indésirable grave associé aux soins doit faire l'objet d'une déclaration externe à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Cet évènement est signalé également en interne au Directeur de l'Etablissement via le chef de pôle ou la direction des soins.

ARTICLE 48 – CONSENTEMENT ET REFUS AUX SOINS

48.1 CONSENTEMENT ECLAIRE

Le patient prend avec les professionnels de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté. Dans ce cas, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, 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. Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

48.2 CONSENTEMENT AUX INTERVENTIONS MEDICALES/CHIRURGICALES

Pour les mineurs :

Les actes médicaux sur **les mineurs** requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale. Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir. Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence. Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur. Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure.

Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, de dépistage, de diagnostic, du traitement ou de l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier, à titre personnel, à leur demande et sur décision de l'autorité administrative de la couverture maladie universelle. Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

Pour les majeurs protégés :

Le consentement de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

48.3 REFUS DE SOINS ET D'HOSPITALISATION DU MALADE (CAS GENERAL)

Tout malade ou blessé qui refuse, soit les soins, soit de rester dans l'établissement, soit les deux, et qui a reçu toutes les informations nécessaires sur son état de santé et notamment les risques encourus, doit signer le formulaire « sortie d'un patient ou d'un résident contre avis médical » référencé « EN DS 062 » mentionnant les risques qu'il encourt et traduisant expressément ce refus. La signature par le malade ou le blessé ou son représentant légal sera précédée d'une relecture orale en s'assurant que tous les termes sont compris.

Ce formulaire est également signé par le médecin sauf si des raisons réglementaires s'y opposent (mineurs, certains majeurs protégés, hospitalisation sans consentement). La rédaction du document et sa remise au malade ou blessé sont effectuées en présence d'un tiers soignant.

Une fois que toutes les conditions précitées sont réunies et l'information adaptée, la sortie du malade ou du blessé est possible et doit être renseignée dans le dossier de soins informatisé.

Le médecin traitant est également informé par courrier lui précisant les conditions de la sortie de son patient. Le malade ou blessé reçoit un courrier lui rappelant les nécessités de traitement et la possibilité de revenir sur sa décision. Des consignes claires et précises sont laissées afin de joindre le bon interlocuteur.

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Préfet.

ARTICLE 49 – ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES

Dans le cadre des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins, le GHPP a mis en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). La Cellule de prise en charge médico-sociale, est destinée à faciliter l'accès des personnes démunies ou en situation de précarité au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Elle a également pour fonction d'accompagner ces personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux et d'organiser la continuité des soins à l'issue d'une prise en charge hospitalière.

ARTICLE 50 – LIVRET D'ACCUEIL

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein de l'hôpital un livret d'accueil contenant tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital ainsi que les droits et devoirs des patients. La Charte du patient hospitalisé est jointe à ce livret.

Les chartes sont également affichées dans les services selon les prises en charge et secteurs concernés : la personne âgée, l'enfant. Il mentionne l'existence du présent règlement intérieur, tenu à la disposition de toute personne en faisant la demande auprès du cadre de santé, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers au sein du GHPP.

ARTICLE 51 – ACCES AU DOSSIER MEDICAL

51.1 CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

Conformément aux dispositions relatives au Code de la Santé Publique, un dossier patient est constitué pour chaque patient hospitalisé ou consultant. Les dossiers sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. Le Directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés à l'hôpital ainsi que la communication du dossier patient conformément aux règles en vigueur.

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

51.2 COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT

Tout patient a désormais accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues à quelque titre que ce soit, par le GHPP et les professionnels qui y exercent. Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

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

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour connaître les causes de la mort ; défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits. Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.

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

Le patient peut accéder à son dossier médical en s'adressant directement à la Direction des Relations avec les Usagers (☎ 04 75 53 40 05), ou par son représentant légal, ou par le médecin qu'il désigne, ou par la personne auquel il donne un mandat écrit pour cela, et en obtenir communication à réception d'un dossier complet (formulaires, justificatifs et chèque bancaire) au plus tard dans les :

- ✚ 8 jours suivant sa demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 h qui aura été observé pour les dossiers de moins de 5 ans,
- ✚ 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

Elle a lieu soit par consultation gratuite sur place, soit par l'envoi par l'établissement de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents via un formulaire d'accès : « Patient représentant Légal 2022 » ou « Ayant-Droit » disponibles sur le site internet du GHPP.

En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la personne référente désignée au sein de l'Etablissement 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.

51.3 SECRET A L'HOPITAL ET CONFIDENTIALITE

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations, concernant le patient, venues à la connaissance d'un professionnel de santé et de tout membre du personnel du GHPP ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le GHPP ou lesdits organismes.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants :

Entre professionnels de santé : Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition du patient dûment averti. Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

Avec les proches ou la famille : En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès.

Par ailleurs, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du GHPP ou sur leur état de santé. Toutefois, cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation, pour le Directeur, de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires.

Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

Les médecins conseils 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 ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions.

51.4 TRAITEMENT INFORMATIQUE DES DOSSIERS

A l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques.

Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : bureau des admissions, services médicaux et médico-techniques, service d'information médicale, etc. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations ; les personnels en assurent la stricte confidentialité.

Ces traitements ne doivent pas porter atteinte à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le Règlement général relatif à la protection des données à caractère personnel (RGPD) ont pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le patient, pour les informations nominatives qui le concerne et qui sont contenues dans un traitement informatique.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital est identifié dans un registre des traitements de données personnelles et fait l'objet de mesures de sécurité technique et organisationnelle sous le pilotage du Délégué à la protection des données de l'établissement. Le cas échéant, l'établissement réalise les formalités administratives nécessaires auprès de la CNIL conformément à la loi informatique et libertés.

Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser au délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@gh-portesdeprovence.fr.

ARTICLE 52 – RECLAMATIONS ET VOIES DE RECOURS

52.1 RECLAMATIONS ET PLAINTES

Toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'Etablissement ou qui souhaite formuler des remarques relatives à son séjour hospitalier peut exprimer ses griefs.

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire d'expérience et de satisfaction, le patient ou ses ayants droit peuvent faire part directement au Directeur de l'hôpital de leurs observations et réclamations. Le Directeur est tenu de leur donner les explications qu'ils sollicitent.

Le Directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit, il donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit. Les réclamations orales sont mises par écrit et traitées comme les réclamations écrites.

Les réclamations et plaintes sont analysées par la Commission des Usagers (CDU), qui veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches.

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

Le Directeur est tenu de faire connaître au patient les voies de recours qui lui sont offertes. Le patient a ainsi la faculté de solliciter un rendez-vous auprès :

- 1/ du Directeur chargé des Relations avec les Usagers et/ou du Secrétariat : ☎ 04 75 53 40 05 ;
- 2/ d'un représentant des usagers, membre de la C.D.U., à l'adresse courriel suivante : representants.usagers@gh-portesdeprovence.fr ;
- 3/ d'un médiateur médical et/ou non médical de l'établissement.

52.2 MEDiateurs MEDICAUX ET NON MEDICAUX

Il existe au sein du GHPP deux médiateurs : le médiateur médecin et le médiateur non médecin. L'un et l'autre sont chargés d'écouter, accompagner le patient dans sa réflexion et d'essayer d'établir une relation de confiance entre le patient et l'établissement ou l'un de ses personnels.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le Directeur du GHPP parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont nommés après avis de la commission médicale d'établissement. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

Le médiateur, saisi par le Directeur du GHPP ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès.

Si le mécontentement du patient concerne l'organisation des soins ou le fonctionnement médical du pôle (service ou unité) dans lequel il est pris en charge, le médiateur médecin sera compétent.

Dans tous les autres cas, ce sera le médiateur non médecin (alimentation, confort de la chambre, accueil des proches....).

Si la plainte du patient concerne les deux types de question, le patient pourra s'entretenir avec les deux médiateurs qui seront saisis.

Le médiateur rend compte de son action au Directeur de l'hôpital et auprès de la commission des usagers (CDU).

52.3 RECOURS CONTENTIEUX

52.3.1 – AUPRES DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

Le patient a aussi la possibilité d'introduire une requête écrite devant le **Tribunal Administratif**, compétent pour les litiges avec les services publics (ex. : mauvais fonctionnement du service public, lenteur, erreur dans la décision, absence de réponse, inexécution d'un jugement qui vous est favorable, etc.) à l'adresse suivante : TRIBUNAL ADMINISTRATIF – 2 place de Verdun – 38022 GRENOBLE (☎ 04 76 42 60 00 – Fax : 04 76 42 22 69).

Les informations sur la procédure et sur la formulation de la requête sont disponibles sur le site internet : <http://grenoble.tribunal-administratif.fr>.

52.3.2 – AUPRES DE LA C.R.C.I.

Le patient a la possibilité également de saisir la **Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CCI, ou CRCI)**, qui est chargée d'examiner les dossiers d'accidents médicaux afin de déterminer si une indemnisation peut être obtenue (par l'ONIAM ou par l'assurance du médecin/de l'établissement). Si le patient estime être victime d'un aléa thérapeutique, qu'il s'agisse d'une erreur médicale non fautive, d'une infection nosocomiale ou d'une affection iatrogène, il peut bénéficier (sous certaines conditions) d'une indemnisation de ces préjudices au titre de la solidarité nationale. Cette indemnisation peut être obtenue par la saisine du dispositif CCI – ONIAM.

Le patient envoie le formulaire Cerfa n° 12245, accompagné des pièces justificatives énumérées dans la notice, à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) de la région Rhône-Alpes à l'adresse suivante : CCI Rhône-Alpes – Immeuble le Rhône-Alpes – 235 cours Lafayette – 69451 LYON CEDEX (☎ 04 72 84 05 50 – Fax : 04 72 84 04 59).

Le dossier doit être adressé auprès de la CCI **du lieu de réalisation de l'acte médical en cause**, soit par lettre recommandée avec accusé de réception, soit par un dépôt contre récépissé auprès du secrétariat de cette CCI. Cette démarche est gratuite.

Les informations sur la procédure et le formulaire de demande sont disponibles sur le site internet de la C.C.I..

SECTION XI : MODE D'ADMISSION

L'Hôpital est ouvert 24 h /24 – 7 Jours/7 pour l'accueil des patients malades, blessés et des parturientes soit par l'intermédiaire de son service d'urgence, soit par admission directe.

ARTICLE 53 – ACCUEIL ET ADMISSION

L'hôpital a pour mission et devoir, d'accueillir (Cf. article L 6112-3 C.S.P.) en consultation et/ou en hospitalisation tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le Directeur sur avis du médecin ou d'un interne de l'hôpital, sauf cas particulier prévu par la loi.

L'admission peut être aussi prononcée par le Directeur Général de l'ARS en cas de refus de l'établissement de recevoir un malade remplissant les conditions alors qu'un lit est disponible à cet effet.

Le personnel de l'hôpital est formé à l'accueil des malades et de leurs accompagnants. Il donne aux malades et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide d'un interprète et du service social, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Le patient est invité, lors de son accueil, à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite, à désigner une personne de confiance par écrit. Cette désignation, facultative, figure au dossier médical du patient.

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. La personne désignée peut refuser d'être la personne de confiance du patient.

ARTICLE 54 – DIFFERENTS TYPES D'ADMISSIONS EN HOSPITALISATION

54.1 ADMISSION A LA DEMANDE D'UN MEDECIN TRAITANT SUITE A UNE CONSULTATION

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence, sur présentation d'un certificat médical ou d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressé au médecin du service hospitalier. Il y est mentionné la nécessité du traitement hospitalier et les divers renseignements d'ordre médical utiles au diagnostic et au traitement, il peut y être indiqué la discipline dans laquelle l'intéressé doit être admis. Cette admission doit être programmée.

A. L'admission programmée :

Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du chef de service, ou du médecin responsable de l'unité fonctionnelle. Afin d'organiser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions de l'hôpital où il lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces nécessaires le jour de son admission.

B. L'admission directe dans le service (non programmée) :

En cas d'urgence ou 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 de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

C. L'admission à la suite d'un transfert après premiers secours :

Lorsqu'un médecin ou interne de l'établissement constate que :

- + l'état de santé du patient s'aggrave,
- + l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont le GHPP ne dispose pas ;
- + ou lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier,

Le Directeur ou son représentant provoque les premiers secours et prend toutes les dispositions nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert (provisoire ou définitif) dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement, hormis les cas prévus par la loi. Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désigné lors de son admission.

En cas de transfert vers un autre hôpital, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose. En cas de décès, l'information des familles est assurée.

54.2 ADMISSION EN URGENCE

Le GHPP dispose d'un service d'accueil et de traitement des urgences pouvant accueillir 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, et prendre en charge, notamment en cas de détresse.

Le Directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, pour qu'ils soient assurés au sein de l'hôpital, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible. De ces dispositions ne découle pas la gratuité des soins.

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

54.3 ADMISSION SPECIFIQUE AU TITRE DE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

Le GHPP est dotée d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc », qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Le plan blanc d'établissement peut être déclenché par le Directeur, qui en informe sans délai le préfet du département, ou à la demande de ce dernier.

Ce plan blanc est mobilisé dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, si l'afflux de patients ou de victimes ou si la situation sanitaire le justifie, le préfet du département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement ou établissement de santé ou établissement médico-social.

54.4 PRISE EN CHARGE PAR LE SMUR

Les interventions du véhicule Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (S.M.U.R.) sont décidées par le centre de régulation du service d'aide médicale urgente (SAMU). Lors de cette intervention, la composition de l'équipe du S.M.U.R. est déterminée par le médecin responsable en liaison avec le médecin régulateur du SAMU auquel l'appel est parvenu.

Le déclenchement des interventions est décidé par le centre de régulation. Tout déclenchement même les sorties « blanches » sont facturées. L'équipe du S.M.U.R dispose de moyens de télécommunications lui permettant d'informer à tout moment le " centre 15 " du SAMU du déroulement de l'intervention en cours.

54.5 ADMISSION D'UN PATIENT AMENE PAR LA POLICE

Lorsque le patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître aux autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire des autorités.

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tout autre examen figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent à l'hôpital, en dehors de toute réquisition, un sujet en état apparent d'ivresse, ce dernier doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée à l'hôpital.

Une attestation signée du médecin ayant examiné le patient et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue aux situations de sortie pour refus de soins.

ARTICLE 55 – PIECES A FOURNIR AU MOMENT DE L'ADMISSION

Quel que soit le mode d'admission du patient, sous réserve d'une admission en urgence ou d'une prise en charge par le SMUR, 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 financière de son admission.

A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions, au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, pour remise :

- + d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille, carte de séjour ou à défaut permis de conduire) ;
- + d'une carte ou attestation de couverture sociale (carte vitale, attestation papier en cours de validité ou carte AME) ;
- + d'une carte complémentaire santé le cas échéant (carte mutuelle en cours de validité ou attestation CMU) ;
- + du volet n° 2 de la feuille d'accident du travail délivrée et complétée par l'employeur en cas d'accident du travail.

Il peut lui être demandé de justifier de son adresse par tout document officiel en faisant état.

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

Ces documents peuvent également être transmis à l'établissement avant l'admission via le site internet du GHPP (préadmission en ligne).

Si le patient ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée, le cas échéant, à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. Une assistante sociale peut aider le patient dans ses démarches pour acquérir ou rétablir une couverture sociale.

ARTICLE 56 – FORMALITES LIEES A LA DECLARATION DE NAISSANCE

La déclaration de naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée par le deuxième parent dans les 5 jours suivant l'accouchement conformément aux dispositions du Code Civil. Un document déclaratif est établi à cet effet par la sage-femme ou le praticien ayant réalisé l'accouchement, et remis au second parent.

Un exemplaire de ce document est porté par un agent de l'hôpital à la mairie de Montélimar, sauf si l'accouchement a eu lieu en dehors de Montélimar. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par l'hôpital.

Si l'accouchement s'est déroulé au domicile sans témoin, ce document est établi sur les indications données par la mère, s'il s'est déroulé avec témoin, il est établi sur les indications de la mère et du témoin. Si l'accouchement a été réalisé par un médecin du SAMU, celui-ci rédige le document.

ARTICLE 57 – INVENTAIRE DES OBJETS ET VALEURS A L'ADMISSION

Le patient est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à son hospitalisation. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer, auprès du service d'hospitalisation ou auprès du régisseur de l'hôpital, ses objets, de valeurs (bijoux et objets précieux), moyens de paiement. Il lui est conseillé de ne conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Dès sa préadmission à l'hôpital et au plus tard lors de son admission, le patient ou ses représentants légaux sont informés, oralement, des règles régissant :

- + les objets déposables, c'est à dire les choses mobilières dont la nature justifie la détention durant le séjour dans l'établissement et de la décharge de responsabilité pour ces objets que la personne admise ou hébergée déciderait de conserver ;
- + les conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés ;
- + et le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans l'établissement. Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation. Les objets conservés seront soumis aux règles énoncées à l'article 58.

Le patient est invité à ne pas déposer tout objet considéré comme non utile à son hospitalisation et à le faire retourner à son domicile.

Pour les bris dentaires, la perte d'appareils dentaires ou auditifs, les situations sont appréciées au cas par cas et ne donnent pas lieu automatiquement à un remboursement. Les appareils dentaires et auditifs sont placés sous la responsabilité du patient.

L'inventaire des objets déposés, avec description précise des objets de valeurs, sommes d'argent en numéraire, chèquiers et cartes de crédit, titres et valeurs mobilières par le patient, est consigné dans le dossier patient informatisé (DPI).

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence et que son état de santé ne lui permet pas d'exprimer sa volonté, un inventaire de tous les objets de valeurs dont il est porteur est dressé et signé par deux agents du service des urgences, et/ou co-signé et complété par le service d'hospitalisation. Ces dépôts seront mis en sûreté, sans délai, dans un coffre prévu à cet effet.

En cas de dépôt litigieux ou d'une forte somme en numéraire, il peut être fait appel au régisseur de l'établissement aux horaires des jours ouvrables.

Pendant la période de fermeture de la régie, les dépôts de valeur seront mis en sûreté dans un coffre prévu à cet effet. Ils seront ensuite recensés par le régisseur dépositaire, dès l'ouverture de la régie. Le régisseur établit un reçu sur le registre des dépôts qui indique le montant du dépôt numéraire, l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés. Le registre, ainsi complété, est signé par le régisseur dépositaire.

ARTICLE 58 – RESTITUTION DES DEPOTS

A la sortie du patient, le personnel soignant contacte le régisseur pour convenir d'un rendez-vous en vue de la restitution du dépôt au patient. Le régisseur ne peut restituer le dépôt qu'au seul déposant ou à son représentant légal muni d'une procuration sous seing privé et d'une pièce d'identité (du patient et du représentant).

Ces retraits ne sont possibles qu'aux horaires des jours ouvrables, si le dépôt n'a pas fait l'objet d'une transmission entre les mains du Comptable au Trésor Public.

Pour les dépôts ne pouvant être détenus par l'hôpital, le régisseur est tenu de les reverser entre les mains du Comptable du Trésor Public, chaque semaine, pour tout dépôt enregistré supérieur à un mois, une sortie sans être passée par le bureau des admissions, un transfert, un décès ou dans un cas exceptionnel (valeurs importantes).

Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie du détenteur, à la Caisse des Dépôts et Consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

ARTICLE 59 – RESPONSABILITE DE L'ETABLISSEMENT

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, l'hôpital est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu-inventaire.

Toutefois, l'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés, 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. Aucun agent du GHPP ne doit conserver de dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients.

SECTION XII : DISPOSITIONS PARTICULIERES

Des informations sur les conditions administratives et/ou financières d'admission à l'hôpital peuvent être demandées au bureau des admissions pour les régimes d'hospitalisation, les consultations externes, et les prises en charge particulières cités ci-après.

ARTICLE 60 – REGIMES 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 lit.

Lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais et en fonction des disponibilités, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Lorsqu'un patient opte pour le régime particulier, l'option est formulée par écrit, dès son entrée, 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 au prix de journée, qui doivent être précisément indiqués, doit être signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions établies entre les établissements hospitaliers et les organismes prenant en charge les frais de soins.

ARTICLE 61 – CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

61.1 CONSULTATIONS EXTERNES PUBLIQUES

L'hôpital dispose de services de consultations et de soins pour des patients externes dont l'état ne justifie pas d'une hospitalisation. Les consultations publiques demeurent la règle générale. 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. La liste, la localisation et les horaires de ces consultations sont indiqués à l'entrée de l'hôpital et sur le site internet de l'hôpital.

Le Directeur de l'hôpital établit et tient à jour, en accord avec les chefs de services concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures de consultations.

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

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux justifiant de droits ouverts à la Sécurité Sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie ; cette procédure les dispense de faire l'avance des frais.

En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers (mutuelle/assurance/organisme), ils doivent payer le ticket modérateur, sauf s'ils sont adhérents d'une mutuelle ayant conclu une convention de tiers payant avec le GHPP. Le paiement s'effectue auprès de la régie dans le cadre de ses horaires d'ouverture.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes et ne bénéficiant pas d'accès aux droits sont orientées vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou vers le service social hospitalier, qui les accompagneront dans les démarches nécessaires devant leur permettre d'accéder à la consultation. Si aucune couverture n'est obtenue, le patient devra s'acquitter au préalable auprès de la régie des paiements de la consultation.

61.2 CONSULTATIONS EXTERNES PRIVEES

Dans certaines spécialités médicales et en conséquence des dispositions de l'article précédant du présent règlement, le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, lorsque ceux-ci y sont autorisés. Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

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

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien hospitalier au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il a été pris en charge préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du Directeur et après avis du responsable de structure interne, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin et doit obligatoirement être affiché dans le service. Le paiement des honoraires s'effectue selon les modalités réglementaires en vigueur.

Aucun lit ni aucune installation médicotechnique ne peuvent être réservés à l'exercice de l'activité libérale. Une commission de l'activité libérale est chargée au sein de l'hôpital de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne (Cf. article 9.2).

ARTICLE 62 – CENTRE DE PLANIFICATION ET D'EDUCATION FAMILIALE

Le GHPP dispose d'un centre de planification et d'éducation familiale situé dans ses locaux en centre-ville, par convention avec le conseil départemental. Il gère des activités relevant du service départemental de Protection Maternelle et Infantile.

ARTICLE 63 – FEMMES ENCEINTES

Dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, toute femme enceinte est accueillie dans le service de maternité ainsi que toute femme accouchée et son enfant. Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le Directeur ne peut refuser la demande d'admission :

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

En l'absence de lit disponible au sein de l'hôpital, le Directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

63.1 SECRET DE LA GROSSESSE OU DE LA NAISSANCE – ACCES AUX ORIGINES PERSONNELLES

L'article 326 du code civil dispose que "*lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé*".

Aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. La direction du GHPP informe alors de cette admission la Direction du service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la mère bénéficie d'un accompagnement psychologique et social de la part de cette administration.

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

Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement.

Ces formalités sont accomplies par les correspondants du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles au niveau du département, sous la responsabilité du Directeur de l'établissement.

À défaut, elles seront accomplies sous la responsabilité de ce Directeur : le GHPP sera dans ce cas tenu d'informer la patiente des conséquences juridiques relatives à un accouchement sous couvert de l'anonymat. Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Toutefois, cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de 5 jours fixé par le Code Civil.

63.2 ACCOUCHEMENT SOUS ANONYMAT ADMINISTRATIF

Lorsqu'une personne est hospitalisée, elle peut demander un anonymat administratif car elle souhaite rendre son séjour confidentiel et non modifier son identité. Cette demande doit être signalée au bureau des admissions, à l'accueil de l'hôpital et à l'accueil des urgences. La mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé. Cette demande est différente de la demande d'accouchement dans le secret.

63.3 ADMISSION DES FEMMES DESIRANT SUBIR UNE I.V.G.

Des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) sont pratiquées, y compris à toute période pour motif médical, au sein de l'hôpital, agréé à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires (article R 2212-4 à 9 du C.S.P.) Toutes les femmes, y compris les femmes étrangères, disposent en France des mêmes droits d'accès à l'IVG.

La prise en charge des femmes majeures :

Le tarif d'une IVG est un forfait. Tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % par les organismes de sécurité sociale quelle que soit la méthode instrumentale ou médicamenteuse : l'acte en lui-même, les consultations, les examens de biologie médicale et les échographies pré et post IVG.

La prise en charge des femmes mineures :

La femme mineure, non émancipée, doit demander l'IVG elle-même, en dehors de la présence de toute personne. Le consentement du père ou de la mère ou du représentant légal à l'IVG est la règle.

Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche est la règle. Cependant, si la femme mineure veut garder le secret vis-à-vis de ses parents ou si ce consentement n'est pas obtenu, l'IVG est pratiquée à sa seule demande. Dans cette situation, la femme mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix.

En ce qui concerne la prise en charge des femmes mineures, deux cas de figure :

- ✚ La femme mineure ne demande pas le secret de l'IVG et c'est le régime d'assurance maladie de maladie de son père ou de sa mère ou de son représentant légal qui prend en charge les frais relatifs à l'IVG. Dans ce cas, les règles de prise en charge sont identiques à celles concernant les femmes majeures ;
- ✚ La femme mineure veut garder le secret vis-à-vis de ses parents et un dossier familial d'aide sociale est constitué. Aucune demande de paiement ne peut lui être présentée.

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 sur le territoire de santé en priorité.

La loi du 20 Mars 2017 (Art. L. 2223-2 C.S.P.) réprime le délit d'entrave à l'Interruption Volontaire de Grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de tout manifestant qui empêche ou tente d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables (*art. L. 2212-3 à 8 C.S.P.*) par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse :

- ✚ Soit en perturbant l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes à l'intérieur de l'hôpital ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;

- ✚ Soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse, des personnels médicaux et non médicaux travaillant à l'hôpital, des femmes venues recourir à une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

Lorsque cette infraction est commise, le Directeur de l'hôpital est tenu de porter plainte contre son ou ses auteur(s) pour délit d'entrave.

ARTICLE 64 – ADMISSION DES MILITAIRES ET VICTIMES DE GUERRE

Les militaires de carrière, patients ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein de l'hôpital, sauf en cas d'urgence ou s'il est expressément transféré par l'autorité militaire compétente.

Si le Directeur est amené à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la Gendarmerie. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

64.1 ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'ARTICLE L 115

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des Pensions Militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de présenter leur carte vitale en cours de validité. Leurs frais d'hospitalisation sont pris en charge.

Toutefois lorsque les soins ne sont pas en rapport avec le motif de la réforme, les frais de séjour sont pris en charge par la Sécurité Sociale.

ARTICLE 65 – ADMISSION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

L'admission des personnes atteintes de troubles mentaux, prises en charge en situation d'urgence, sont transférées vers le Centre Hospitalier Spécialisé de référence (CHS Ste Marie à Privas), après avis du médecin Psychiatre de secteur.

ARTICLE 66 – ADMISSION DES MAJEURS PROTEGES : INFORMATION /CONSENTEMENT, GESTION DES BIENS DES MAJEURS PROTEGES

L'information est délivrée aux personnes majeures protégées d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension. Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément.

Le consentement de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Le majeur protégé ainsi que ses biens, hospitalisé au sein de l'hôpital peut sur décision de justice, être accompagné ou représenté dans tous les actes de la vie civile, en respectant sa volonté ou en recherchant son consentement à chaque fois que cela est nécessaire, dans le respect de ses droits par un mandataire judiciaire et sous le contrôle du juge des tutelles. Si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet.

ARTICLE 67 – ADMISSION DES PATIENTS ETRANGERS

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient étranger non résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative. Hors les cas d'urgence, l'admission d'un patient étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

ARTICLE 68 – ADMISSION DE PATIENTS TOXICOMANES EN VUE D'UNE CURE DE DESINTOXICATION

Le patient toxicomane peut, soit se présenter spontanément pour suivre une cure de désintoxication, soit être astreint à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires. Dans ce cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités fixées par le Code de la Santé Publique (Art. L 3413-1 à 3).

Le toxicomane qui se présente spontanément au sein de l'hôpital afin d'y être traité peut, s'il le demande 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. Cette personne peut demander aux médecins qui l'ont traitée un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, l'hôpital en informe immédiatement cette autorité, qui prévient le Procureur de la République.

Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire, le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats.

L'Etat prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par la cure de désintoxication. Cette cure doit obligatoirement se dérouler au sein d'un service agréé de l'hôpital. L'admission donne lieu entre le médecin et le patient à l'acceptation d'un protocole de sevrage.

ARTICLE 69 – ADMISSION DES PATIENTS DEVANT CONFIER PROVISoireMENT DES ENFANTS AU SERVICE D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, le Directeur prend les dispositions nécessaires pour :

- ✚ Faire examiner les enfants par un médecin ;
- ✚ Préparer un dossier d'admission pour le Service d'Aide Sociale à l'Enfance ;
- ✚ Organiser l'accompagnement des enfants au centre départemental d'aide à l'enfance, en concertation avec les agences départementales de la solidarité.

En référence à l'article L.222-5 du Code de l'action sociale et des familles, les mineurs qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation requiert un accueil à temps complet ou partiel, ou les mineurs rencontrant des difficultés particulières, peuvent être pris en charge par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, sur décision du Président du Conseil Départemental, dans le cadre d'un contrat d'accueil provisoire. Cette admission est prise avec l'accord écrit des représentants légaux qui conservent leurs droits et obligations liés à l'autorité parentale. Si les représentants légaux ne sont pas en mesure de donner leur accord, il est fait appel aux autorités judiciaires afin que le ou les mineurs soit confié à l'Aide Sociale à l'Enfance.

ARTICLE 70 – ADMISSION DES AGENTS DU GHPP

L'hospitalisation et la consultation au sein de l'établissement d'un agent en activité au GHPP donne lieu à la prise en charge des frais d'hospitalisation non couverts par la Sécurité Sociale.

ARTICLE 71 – ADMISSION AU SEIN D'UNE UNITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION

L'admission en SMR est proposée pour les patients nécessitant une réadaptation à l'issue de leur hospitalisation en unité de soins de courte durée. Elle est prononcée par le praticien responsable du SMR pour un séjour ayant une durée limitée. La sortie du patient est une décision médicale du praticien assurant la prise en charge du patient au SMR. Elle conduit soit à un retour à domicile avec éventuellement des soins en hospitalisation à domicile (HAD), soit à une entrée en institution de types EHPAD ou USLD (Unité de Soins de Longue Durée) au regard des soins requis. Le patient, sa famille ou son tuteur peuvent solliciter l'assistant du service social du SMR pour un accompagnement à la préparation de la sortie du patient.

ARTICLE 72 – GARDE ET PROTECTION DES MINEURS

L'hôpital - lorsqu'un enfant lui a été confié dans un cadre judiciaire - est investi du droit de garde et en particulier d'un devoir de surveillance adapté à son état de santé et à son statut de mineur.

Il est tenu en cette qualité de prendre en charge les besoins de l'enfant, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

72.1 MESURES DE PROTECTION APPROPRIEES

Le GHPP et le Conseil Départemental de la Drôme travaillent en équipe pluridisciplinaire afin d'assurer des actions de prévention médico-sociale auprès des familles présentant une vulnérabilité.

72.2 CONSULTATIONS POUR LES MINEURS NON ACCOMPAGNES

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 son tuteur. Lorsqu'il ne s'agit pas d'une urgence, si le mineur est non accompagné, et s'il ne s'agit pas d'un rendez-vous pris par ses parents ou son tuteur, un médecin se doit d'évaluer la capacité de discernement de l'enfant afin d'apprécier si sa demande de soins correspond à son intérêt, ceci conformément aux dispositions médicales et institutionnelles concernant l'intérêt de l'enfant.

72.3 MINEURS PRESENTES EN URGENCE

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, la sortie du mineur ne peut se faire que selon la procédure prévue aux articles 88.3 et 90.2 du présent règlement.

72.4 HOSPITALISATION D'UN MINEUR

L'admission d'un mineur est prononcée à la demande, sauf cas d'urgence, d'une personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du Directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication de la ou des personne(s) exerçant l'autorité parentale, le droit de garde et le lieu d'hébergement habituel de l'enfant.

S'il apparaît une contestation d'une des parties, le service social de l'hôpital est requis afin d'obtenir dans un premier temps l'ordonnance de jugement du juge des affaires familiales.

Dans un deuxième temps, si cela est possible, le service social devra saisir l'autorité judiciaire afin d'éclairer les responsabilités exercées autour de cet enfant. Dans tous les cas, cette personne doit être, dans les meilleurs délais, tenue informée de l'admission.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission, hormis urgence médicale. Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge, de leurs facultés de compréhension, de leur capacité de discernement et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Dans les services de médecine chirurgie obstétrique, les parents ou toute autre personne qui s'occupent de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de :

-  ne pas contrarier la dispensation des soins,
-  ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse,
-  ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder. Lorsque son état le permet, les parents doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

72.5 ADMISSION D'UN PATIENT MINEUR RELEVANT DU SERVICE D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le Directeur de l'hôpital adresse, sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, au Directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin-chef ou responsable du service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

ARTICLE 73 – HOSPITALISATION MERE-ENFANT

Une seule personne majeure peut rester 24h/24 à sa demande auprès de l'enfant hospitalisé en service de pédiatrie. Un lit est mis à disposition, le petit déjeuner est offert. Les déjeuners et dîners sont à la charge de l'accompagnant, plusieurs possibilités sont offertes : repas servis en chambre, repas amenés par la famille, repas pris à la boutique située dans le hall d'entrée principal de l'hôpital. Suivant l'état de santé de l'enfant, l'accompagnant peut participer aux soins d'hygiène et d'alimentation. L'accompagnant se doit de respecter les contraintes liées au fonctionnement du service.

SECTION XIII : CONDITIONS DE SEJOUR DU PATIENT

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients. Les horaires de visite sont affichés à l'entrée des services médicaux concernés.

ARTICLE 74 – REGLES GENERALES

La vie hospitalière requiert du patient de respecter les principes de vie en collectivité dans son propre intérêt et dans celui des autres patients. Il doit notamment veiller à ne pas gêner par son comportement ou ses propos, les autres patients ou le fonctionnement du service. Il doit observer une stricte hygiène corporelle.

Il doit être vêtu de façon décente au cours de ses déplacements dans l'enceinte de l'hôpital. Il doit respecter le bon état des locaux et objets qui sont à sa disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire, qui peut être prononcée par le Directeur d'établissement.

Hormis les cas précisés par la loi, le patient peut se déplacer librement au sein de l'hôpital dès lors que son état de santé le permet et qu'il n'entrave pas le bon fonctionnement du service hospitalier. A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

ARTICLE 75 – LAÏCITE ET NEUTRALITE DU SERVICE PUBLIC

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de laïcité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. La laïcité expose les garanties qu'il assure et les obligations qu'il implique notamment :

- ✚ Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.
- ✚ Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux ou hospitaliers ont droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

Conformément à ce principe :

- ✚ les signes d'appartenance religieuse, quel qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leur famille ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation ;
- ✚ les actes 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 ;

- ✚ nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler le visage ayant pour effet de rendre impossible l'identification de la personne ;
- ✚ l'expression des convictions religieuses d'un patient ne doit pas porter atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiènes. Le patient doit accepter la tenue vestimentaire imposée lorsqu'elle s'inscrit dans la logique des soins qui lui sont donnés ;
- ✚ l'expression des convictions religieuses d'un patient ne doit pas porter atteinte à la tranquillité des autres patients et de leurs proches ;
- ✚ les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'hôpital, sauf autorisation expresse du Directeur ;
- ✚ les visites des élus dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- ✚ les membres du Conseil de Surveillance de l'établissement ne peuvent effectuer des visites au sein de l'hôpital que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de Surveillance.

La charte de la laïcité, annexée au présent règlement, a été rédigée à la demande du premier Ministre sur la base d'un texte proposé par le haut conseil à l'intégration. Cette charte rappelle le cadre tracé par notre droit pour assurer le respect, dans les services publics, du principe de laïcité qui est un principe fondamental reconnu par les lois de la République.

Un référent Egalité et Laïcité est nommé au sein de l'établissement.

ARTICLE 76 – DROITS CIVIQUES

En application des dispositions du Code Electoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein de l'hôpital leur droit de vote, par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès du cadre de santé, celui-ci va centraliser les demandes, en informer le secrétariat de direction qui se charge de contacter un officier de police judiciaire ou son délégué dûment habilité. Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

ARTICLE 77 – DROITS A L'INFORMATION DU PATIENT

Tout patient a le droit d'être informé sur son état de santé et d'être associé au choix thérapeutique le concernant.

Les personnes hospitalisées ou consultant au sein de l'hôpital doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital assurent l'information des patients, qui doit être appropriée, accessible et loyale, délivrée au cours d'un entretien individuel.

Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leur conséquence, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque les tiers sont exposés à un risque de transmission.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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.

L'Hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille, conformément aux principes énoncés dans le présent règlement.

77.1 PERSONNE A PREVENIR

Il est recommandé au patient de choisir une personne à prévenir au cours de l'hospitalisation dès son admission au GHPP.

La personne à prévenir peut-être contactée par l'équipe médicale et soignante au cours du séjour pour des échanges d'ordre organisationnel ou administratif concernant ce patient (transfert vers un autre établissement, fin du séjour et sortie de l'établissement).

77.2 INFORMATION ET RELATION AVEC LES FAMILLES ET AYANTS DROITS

Le patient a droit à toutes les informations qu'il désire obtenir concernant son état de santé. En revanche, ses proches y ont un accès limité. 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 qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles

Toute mesure utile est prise pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital.

Que le patient ait été conduit au sein de l'hôpital par le SMUR, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du Directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation, dans le respect des dispositions qui suivent :

- ✚ A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.
- ✚ En l'absence d'opposition des intéressés, les indications médicales –telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de Déontologie : les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les Cadres de Santé et IDE aux membres de la famille. Le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informées.

77.3 LIBERTE D'ALLER ET VENIR

Le séjour du patient est normalement libre. Cependant dans les situations où l'état de santé psychologique ou physique est défaillant ou fragile, l'établissement dans le cadre de son devoir de surveillance, peut devoir assurer une certaine restriction dans la liberté d'aller et venir du patient.

Le patient en fonction de son état physique, mental, et des conditions d'hébergement peut recevoir qui bon lui semble, à condition que cela ne perturbe pas autrui et après autorisation médicale.

77.4 EXERCICE DES CULTES

Les hospitalités peuvent participer à l'exercice de leur culte :

- ✚ Les ministres des cultes des différentes confessions, agréés par le GHPP, peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé ou qui ont été signalés aux services d'Aumônerie de l'Hôpital ;
- ✚ Le GHPP met à la disposition des différents cultes :
 - ✓ une salle, environ une fois par mois, pour l'exercice des différents cultes (messe, culte protestant).
 - ✓ les coordonnées des différents cultes disponibles dans le hall d'accueil principal de l'hôpital, dans chaque service (affiche), et dans le livret d'accueil ;
 - ✓ des boîtes aux lettres blanches, situées dans le hall d'accueil principal de l'Hôpital, identifiées par culte, afin que les hospitalisés et leurs familles puissent effectuer leur demande de visite. Celles-ci sont relevées les jours où les aumôniers sont présents sur l'Hôpital ;
- ✚ Les aumôniers peuvent aussi accompagner les familles qui en font la demande pour des rites funéraires qui se déroulent à la chambre mortuaire de l'Hôpital.

77.5 EFFETS PERSONNELS DU PATIENT

Les patients doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Son entretien n'incombe pas à l'hôpital. Si besoin, l'hôpital met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, le linge approprié.

Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre de santé.

77.6 TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PERSONNEL DU PATIENT

Le patient ou la famille doit penser à informer le médecin du service qui le prend en charge, d'un éventuel traitement habituel. Aucun médicament ne devra être pris sans avertir ce médecin (Cf. livret d'accueil).

Le patient est informé que, compte tenu de la législation existante et des procédures d'achat, tous les médicaments disponibles en officine de ville ne sont pas référencés à la pharmacie de l'hôpital. Le médecin prenant en charge le patient prescrira le traitement adapté.

ARTICLE 78 – IDENTIFICATION DU PATIENT

La bonne identification du patient constitue le premier acte d'un processus qui se prolonge tout au long de sa prise en charge par les différents professionnels de santé impliqués, quels que soient la spécialité, le secteur d'activité et les modalités d'accompagnement.

La sécurité des soins repose sur l'identification (Cf. § identito-vigilance) sans défaut du patient par les médecins et les soignants du GHPP. Le développement de l'informatique médicale et administrative multiplie les risques d'une erreur d'écriture d'un nom ou d'un prénom. Pour éviter toute confusion entre personnes, des étiquettes standardisées mentionnant l'identité du patient sont utilisées lors de son séjour et sur tous ses actes de soins. Le personnel a pour consigne de vérifier l'identité du patient à chaque soin.

Comme moyen complémentaire de vérification, un bracelet d'identification, portant une étiquette, est mis autour du poignet du patient, sauf opposition de sa part. En maternité et en néonatalogie, un bracelet électronique est posé au pied du bébé, avec l'accord des parents.

ARTICLE 79 – REGLES DIVERSES

79.1 CHAMBRE INDIVIDUELLE

Tout patient hospitalisé peut demander à bénéficier d'une chambre individuelle, sous réserve des disponibilités du service et d'une demande prioritaire de l'état de santé d'un autre patient dont l'isolement est rendu nécessaire. Lors de son admission, le patient ou son représentant est informé des modalités de facturation de cette prestation et signe à ce titre le formulaire d'information et de demande d'une chambre individuelle. Cette prestation sera facturée au patient sauf si elle est prise en charge par sa complémentaire santé.

79.2 PRESTATAIRES DE SERVICE AU SEIN DE L'HOPITAL

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

79.3 RESTAURATION

Le petit déjeuner est servi entre 7 h 30 et 8 heures ; le déjeuner à partir de 12 h ; le dîner à partir de 19 h. Les repas sont servis individuellement au plateau dans les services d'hospitalisation, et collectivement dans les salles à manger des Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes ou dans la chambre du résident et des Unités de Soins de Longue Durée.

La composition du menu tient compte des aversions et régimes. Les menus sont arrêtés chaque semaine par la diététicienne de l'unité de production culinaire et sont communiqués à chaque service. Sur prescriptions médicales, les régimes diététiques spéciaux sont servis.

La commande des repas est informatisée. Un repas peut être servi aux visiteurs et ou aux proches des personnes hospitalisées, à leur demande et moyennant paiement, exclusivement sur le site du GHPP. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par l'établissement et approuvé par le Conseil de surveillance.

La vente des tickets « repas accompagnants » se fait à la régie du bureau des admissions ou à l'accueil administratif des urgences : du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h. Les samedis, dimanches et jours fériés, un engagement à payer est signé par la personne du service. Ces repas doivent être commandés la veille, auprès du personnel soignant, au plus tard avant 8 h pour le déjeuner et avant 13 h pour le dîner. Les proches arrivés après 10 h les jours ouvrés ont la possibilité de déjeuner au restaurant du personnel (niveau -1) en fournissant un ticket repas à la caisse du self.

Les repas peuvent être également pris à la boutique, située dans le hall d'entrée de l'Hôpital, ouverte du lundi au vendredi de 8 h à 18 h, les samedis, dimanches et jours fériés de 13 h à 17 h. Les journaux, magazines, restauration y sont en vente.

La consommation dans les chambres de nourriture provenant d'une autre cuisine que celle de l'hôpital est interdite pour des raisons d'hygiène et de sécurité alimentaire.

79.4 POURSUITE DE LA SCOLARITE

En cas de besoin, les enfants en âge scolaire peuvent suivre leur cursus scolaire au sein de l'hôpital lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent, au moyen de tablettes connectées fournies éventuellement par le GHPP si l'enfant n'en dispose pas. La scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical.

79.5 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 dépôt.

79.6 COURRIER

Courriers « arrivée » : Le vaguemestre de l'hôpital dépose les courriers destinés aux patients hospitalisés dans les casiers spécifiques des services de soins situés dans le local du vaguemestre. Ces courriers, à destination des patients hospitalisés, sont relevés par les différents secrétariats médicaux qui les transmettent ensuite au cadre de santé des services concernés. La distribution de ces courriers est effectuée par l'intermédiaire du Cadre de Santé auprès des patients hospitalisés relevant de leur service. Si le patient est sorti de l'hôpital, ces courriers sont restitués au vaguemestre qui les remet à l'employé de la poste de la commune de Montélimar.

Courriers « départ » : Une boîte aux lettres jaune est disponible pour le dépôt du courrier départ, obligatoirement affranchi, dans le hall d'entrée principal de l'Hôpital à destination de tout patient hospitalisé étant en mesure de se déplacer. Le courrier départ peut être remis au personnel soignant si le patient n'a pas la possibilité de se déplacer.

79.7 TELEPHONE – ACCES SUR INTERNET

Sur le site du GHPP, des appareils téléphoniques sont mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation avec possibilité de réception d'appel gratuitement.

Les frais de téléphone pour l'ouverture d'une ligne, réalisée auprès de l'agent des admissions, sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu. Les appels téléphoniques consommés par le patient sont à régler lors de la sortie du patient, auprès du bureau des admissions. Les patients qui le souhaitent peuvent obtenir le transfert à l'hôpital de leur ligne téléphonique personnelle, dans la mesure où ils ont effectué sur celle-ci le transfert d'appel.

L'usage du téléphone portable est déconseillé lorsqu'il peut interagir avec les équipements de l'hôpital pour éviter toute interférence et nuire à la nécessaire discrétion due dans des locaux publics et/ou partagés. Il est conseillé de le mettre en mode « Avion » ou de veille.

L'usage du téléphone portable personnel par les agents est interdit durant l'exercice professionnel.

Il est interdit de photographier, filmer ou d'enregistrer du son au sein de l'établissement à l'exception de captures strictement personnelles. Les personnes doivent veiller à ne pas inclure d'autres personnes de manière reconnaissable (patients, visiteurs, personnels). La diffusion de toute information, son ou image impliquant le GHPP sur les réseaux sociaux et autres médias n'est pas autorisée. En cas de non-respect le GHPP engagera des suites pour atteinte à la vie privée ou à l'image du GHPP.

Le GHPP met à disposition du patient hospitalisé un accès WIFI sécurisé.

79.8 USAGE DES TELEVISEURS

Sur le site du GHPP, une société privée est dépositaire de la location des téléviseurs. Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent s'adresser au point location dans le hall d'accueil. Les frais de location du poste de télévision leur sont facturables. Pour les personnes en chambre double, un casque individuel est disponible à l'achat.

Par mesure de sécurité, aucun téléviseur personnel ne peut être installé dans les locaux du GHPP afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité.

Toutefois, les résidents de structures d'accueil de personnes âgées pourront apporter leur téléviseur personnel dans les chambres qui ne sont pas équipées, à condition d'avoir souscrit une assurance en responsabilité civile couvrant les dégâts éventuellement occasionnés par cet appareil, et après accord express de l'administration de l'hôpital.

En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins. Une attention toute particulière doit être portée au niveau du réglage du son de ces appareils.

79.9 FLEURS

Pour des raisons d'hygiène, les fleurs coupées ou en pot ne sont pas tolérées au sein des chambres d'hospitalisation.

SECTION XIV : LES FRAIS DE SEJOUR

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de sa prise en charge.

ARTICLE 80 – PRINCIPE DU PAIEMENT

Toute journée d'hospitalisation est facturable ; elle doit être payée au GHPP par le patient ou par un tiers payeur. Il est rappelé aux patients ou aidants leur obligation de passage par le Bureau des Admissions au début et/ou en fin d'hospitalisation. Les consultations et actes sont facturés selon les nomenclatures de la sécurité sociale.

ARTICLE 81 – TARIFS DES PRESTATIONS

Les tarifs journaliers de prestation sont fixés chaque année, par arrêté ministériel, pour la période du 1er janvier au 31 décembre selon une grille des tarifs nationaux journaliers de prestation.

ARTICLE 82 – FORFAIT JOURNALIER

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier, et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé, sous réserve des accords de tiers payants conclus entre le GHPP et les mutuelles ou complémentaires privées.

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour. Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours facturable en supplément.

Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le Directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles par le livret d'accueil, le Bureau des Admissions, le Service Social et l'affichage des arrêtés de tarification.

ARTICLE 83 – PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR ET PROVISIONS

En cas de non-paiement des frais de séjour, la Trésorerie Hospitalière Sud Drôme-Ardèche exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

ARTICLE 84 – PRESTATIONS DIVERSES FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients ainsi que la mise en disposition d'un " *lit-accompagnant* " en maternité sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

SECTION XV : SORTIE DES PATIENTS

ARTICLE 85 – COMPETENCES DU DIRECTEUR DE L'HOPITAL EN MATIERE DE SORTIE

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

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

ARTICLE 86 – PREPARATION DE LA SORTIE

Dès l'admission, la planification de la sortie est envisagée et actualisée au cours du séjour avec le Service Social.

ARTICLE 87 – MODALITES DE SORTIE

En règle générale, la sortie des hospitalisés a lieu au cours de la matinée. Cependant, pour le bon fonctionnement des services et pour tenir compte de conditions particulières d'hospitalisation, des horaires différents peuvent être pratiqués.

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical relatif à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux, les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis, les documents nécessaires à la justification de ses droits.

Tout patient recevra par courriel, après son hospitalisation, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et observations (*Cf. article 94.1*).

Le praticien qui a adressé le patient au centre hospitalier 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 du centre hospitalier en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. La lettre de liaison, qui peut être dématérialisée, est remise au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance.

Elle est alors déposée dans le dossier médical partagé du patient, sauf opposition de sa part, et envoyée par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé en Hospitalisation à Domicile (HAD) ou dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

ARTICLE 88 – AUTORISATION DE SORTIE EN COURS DE SEJOUR

Tout patient hospitalisé pour une certaine durée peut bénéficier, durant son séjour à l'hôpital, de permissions de sortie dont les finalités et la durée varient en fonction du régime d'hospitalisation. Le patient bénéficie de permission de sortie d'une durée comprise entre 24 et 48 heures. L'autorisation est donnée par le Directeur sur avis médical conforme.

88.1 D'UN MAJEUR

Le patient peut, en fonction de son état de santé, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, de quarante-huit heures. Ces permissions de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant.

Lorsqu'un patient autorisé à quitter l'hôpital ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant. Il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés dans le dossier et connus du service. La permission durant une nuit à l'extérieur de l'établissement doit être enregistrée au bureau des admissions.

88.2 D'UN MINEUR

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, des permissions de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation aux mineurs. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, mère, gardien ou tuteur. La personne exerçant l'autorité parentale ou le droit de garde doit être informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser si le mineur doit lui être confié ou peut être confié à une tierce personne, qu'elle aura expressément désignée et autorisée, même s'ils sont arrivés seuls au service des urgences. La personne amenant l'enfant doit présenter des justificatifs exigés pour permettre la sortie du mineur (pièce d'identité, extrait de jugement concernant l'autorité parentale...).

ARTICLE 89 – SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

A l'exception des mineurs, des majeurs protégés, les patients peuvent sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital. Toutefois, si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues concernant le refus de soins (*Cf. article 48.3*). Le patient doit alors signer une décharge mentionnant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins. Il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Pour les mineurs, la décharge doit être signée par ses parents ou par une personne titulaire de l'autorité parentale. Si ces derniers refusent de signer la décharge, un procès-verbal de ce refus est dressé. Si la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service, en plus de la procédure de décharge, saisit le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

Si la situation s'y prête, un courrier sera rédigé à l'attention du patient l'informant des risques. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de cette lettre est conservée dans le dossier médical du patient.

Si la sortie est demandée par un mineur opposé à l'information de ses parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale, elle ne peut avoir lieu qu'avec une personne majeure, le procureur de la République est informé par le médecin responsable.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne exerçant le droit de garde ou du tiers que cette dernière a autorisé, des justifications sont exigées (pièces d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du malade. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical et administratif.

ARTICLE 90 – SORTIE DES PATIENTS SANS AUTORISATION

90.1 D'UN MAJEUR

Au cas où le patient majeur hospitalisé avec ou sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige, a quitté l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le Directeur de l'hôpital ou son représentant dûment habilité est prévenu. Si le médecin estime que l'état du patient permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant.

A contrario, si le médecin estime que cette sortie clandestine met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par la police.

Si le patient présente un danger pour lui-même ou pour autrui, les documents sont envoyés à la Préfecture et la police prévenue. Le Directeur de garde est tenu informé de l'ensemble du déroulé de la procédure.

90.2 D'UN MINEUR

Au cas où le patient mineur a quitté l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le Directeur de l'hôpital ou son représentant dûment habilité est prévenu. Si le patient ne regagne pas le service, un rapport sera adressé dans les 24 heures. Le Directeur ou son représentant doit être prévenu en temps réel des différentes étapes. A défaut, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

Le service informe sans délai la famille ou le représentant légal du patient. Il prévient le commissariat de police (sauf pour les mineurs opposés à l'information du titulaire de l'autorité parentale sur leur hospitalisation), si la situation l'exige.

ARTICLE 91 – SORTIE DISCIPLINAIRE

La sortie du patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le Directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur. Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le Directeur peut également organiser le transfert des patients dans un autre service ou dans un autre établissement. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable, faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins. Cette sortie s'effectue dans les conditions et modalités fixées à l'article 54.2.

Dans l'hypothèse où le patient refuserait de quitter l'établissement alors que son état de santé ne nécessite plus aucun soin susceptible d'être dispensé au sein du GHPP, l'Assurance Maladie est en droit de facturer directement à l'assuré les frais inhérents à son maintien dans l'établissement.

ARTICLE 92 – SORTIE DES NOUVEAUX-NES

Sous réserve des cas particuliers des prématurés, de nécessité médicale ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère, ou son père ou son représentant désigné par les autorités compétentes.

ARTICLE 93 – SORTIE PAR TRANSPORT EN AMBULANCE

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire (par ambulance ou tout autre transport sanitaire) peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier.

Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale. Dans le cas où le coût du transport est à la charge du malade, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport.

L'hôpital tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréés du département. Si le malade n'exprime pas de choix, l'établissement fait appel aux entreprises d'ambulances suivant un tour de rôle défini par calendrier géré par le Service Economiques. Ce calendrier est diffusé, par ce dernier, auprès de chaque service hospitalier.

ARTICLE 94 – QUESTIONNAIRE D'EXPERIENCE ET DE SATISFACTION

94.1 QUESTIONNAIRE E-SATIS

Toute personne hospitalisée, plus de 48 h en moyen et long séjours, en ambulatoire, ou en rééducation ou réadaptation, qui dispose d'une adresse électronique et d'une connexion à internet, ayant communiqué lors de son admission son adresse courriel ou celles de parents ou proches selon le cas, reçoit un courriel envoyé automatiquement, deux semaines après sa sortie, dans lequel un lien l'oriente vers le questionnaire d'expérience et de satisfaction sécurisé, nommé « e-Satis ».

Plusieurs questionnaires existent suivant le motif de l'hospitalisation. Ils sont communs à tous les établissements de santé.

L'hospitalisé peut, si besoin, donner son avis sur les différentes étapes de son hospitalisation, les questions varient selon le type d'hospitalisation mais concernent principalement l'accueil dans l'établissement ; sa prise en charge tout au long du séjour (information, délais d'attente, respect de l'intimité/confidentialité, gestion de la douleur...) ; son confort (chambre, repas ...) et l'organisation de sa sortie et de son retour à domicile. Le patient peut y répondre jusqu'à 10 semaines suivant cet envoi.

Toutes les réponses des patients sont recueillies et compilées de manière anonyme. L'établissement a accès, en continu, à ses résultats détaillés et aux commentaires libres de ses usagers. En parallèle, un score de satisfaction globale et d'expérience, par établissement, est mis à jour annuellement. Une synthèse annuelle nationale des résultats est produite par la HAS pour chaque enquête. Il est important que l'hospitalisé réponde à ce questionnaire e-Satis car il permet :

- ✚ d'aider l'établissement à connaître ses points forts et ses points à améliorer pour mieux prendre en charge les patients ;
- ✚ de participer à l'amélioration de la qualité des soins des établissements de santé ;
- ✚ de permettre à chaque personne de s'informer sur le niveau de satisfaction des patients de l'établissement de son choix.

94.2 ENQUETE PONCTUELLE

La Commission des Usagers réalise, par ailleurs, chaque année une enquête de satisfaction auprès des patients hospitalisés. Tout patient hospitalisé peut ainsi être interrogé, lors de son séjour, sur sa prise en charge. Les résultats de cette enquête sont disponibles sur le site internet du GHPP. La direction des relations avec les Usagers ou son secrétariat sont joignables au 04.75.53.40.05 ou par courriel : secretariat.qualite.usagers@portesdeprovence.fr.

SECTION XVI : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES

ARTICLE 95 – DECES

95.1 ATTITUDE A SUIVRE A L'APPROCHE DU DECES

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est pressenti en fin de vie, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent de l'hôpital dûment habilité et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de son état. Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; les accompagnants peuvent prendre leurs repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnement ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

95.2 NOTIFICATION DU DECES

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du Code Civil, par un médecin de l'hôpital. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès dès que possible et par tous les moyens appropriés. La notification du décès est faite pour :

- ✚ les **étrangers** dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- ✚ les **militaires**, à l'autorité militaire compétente ;
- ✚ les **mineurs** relevant d'un service départemental d'Aide Sociale à l'Enfance, au Directeur de celui-ci ;
- ✚ les **mineurs** relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur ;
- ✚ les **majeurs protégés**, à la personne chargée de la mesure de protection juridique ;
- ✚ les **personnes non identifiées**, aux services de police.

95.3 INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violence ou suspecte d'un hospitalisé (accident, homicide, suicide, etc..), ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, l'inhumation ne pourra se faire qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé un procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Le médecin, qui établit le certificat de décès, doit impérativement préciser qu'il existe un obstacle médico-légal, en raison du caractère suspect du décès. Le Directeur ou son représentant, prévenu par le Médecin Responsable, avise immédiatement l'Autorité Judiciaire.

95.4 DECES D'UN TRANSFERT PRIS EN CHARGE PAR LE SMUR

Les formalités pour les patients décédés lors d'une prise en charge par le SMUR sont à effectuer à la mairie de Montélimar.

95.5 DECLARATIONS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DECEDES DANS LA PERIODE PERINATALE

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

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

S'agissant de l'enfant né vivant mais non viable, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère.

Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil.

La déclaration « d'enfant sans vie » est établie conformément aux dispositions de la Circulaire N° 2009-182 du 19 Juin 2009. Cette déclaration est enregistrée à l'état civil.

95.6 FORMALITES ENTOURANT LE DECES

Dès que le décès est constaté, **le personnel infirmier** du service, dans le respect des croyances religieuses, procède :

- ✚ À la toilette et à l'habillage du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- ✚ À la préparation du corps en respect des diverses religions, le rituel mortuaire sera pratiqué à la chambre mortuaire ;
- ✚ À l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc.... que possédait la personne décédée ;
- ✚ À l'apposition sur le corps d'un bracelet d'identification ;
- ✚ Au renseignement de la feuille de transfert de la chambre mortuaire.

Le décès doit être constaté par **un médecin sénior**, inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins, qui doit remplir :

- ✚ Un certificat de décès dans les formes réglementaires à transmettre par la famille ou l'opérateur funéraire à la mairie du lieu de décès dans les vingt-quatre heures ;
- ✚ Un certificat mentionnant ou non la présence d'un stimulateur cardiaque et l'inexistence d'un problème médico-légal ;
- ✚ Une fiche transfert de corps avant mise en bière.

L'agent du bureau des Admissions de l'hôpital annoté, pour sa part le registre des décès de l'hôpital. Le registre de destination ou de suivi des corps et vérifie les documents concernant le transport avant ou après mise en bière est assuré par l'agent communal. Une copie est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la Mairie.

ARTICLE 96 – AUTOPSIE

Elle peut être médico-légale ou scientifique. Les autopsies médico-légales sont exécutées sur réquisition du parquet, par deux médecins légistes experts auprès des tribunaux.

Pour les autopsies scientifiques, la demande effectuée par le médecin, nécessite un accord préalable entre le médecin demandeur et le médecin anatomo-pathologiste. Le protocole relatif à ces demandes, mis en place au CHU de Grenoble est disponible dans la valise de garde de la Direction.

ARTICLE 97 – SORTIE DU CORPS DU SERVICE

97.1 DEPUIS LES AUTRES SITES DU GHPP

Pour tout décès intervenu sur un autre site du GHPP, le transfert du corps de la personne peut s'effectuer :

- ✚ Vers la chambre mortuaire du GHPP après accord du Directeur. Ce transfert est réalisé par un service habilité pour les transports de corps. Ce transfert est à la charge de la famille.
- ✚ Vers la chambre funéraire municipale après accord du Maire de la Commune du lieu de décès. Ce transfert est à la charge de la famille.
- ✚ Vers un domicile, après accord du Maire de la Commune du lieu du décès. Ce transfert est à la charge de la famille, si la sortie doit s'effectuer en dehors de la Commune de Montélimar, un bracelet d'identification doit être fixé par le service hospitalier ou par l'opérateur du transport funéraire.

Dans toute la mesure du possible où les circonstances le permettent, la famille ou les proches ont accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. La toilette et l'habillage du corps du défunt sont effectués au sein du service des soins.

97.2 VERS LA CHAMBRE MORTUAIRE

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire. De là, il ne peut être transféré hors de l'hôpital que dans les conditions prévues ci-après et avec les autorisations prévues par la loi.

La visite de présentation des corps est effectuée dans tous les cas par, et en présence d'un agent de l'établissement pendant les horaires d'ouverture, elle se déroule dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux exigences de discrétion et de recueillement.

Toutes facilités sont données aux visites par l'agent de la chambre mortuaire en fonction des contraintes du service. En dehors des horaires pour le jour et la nuit, les proches et la famille pourront bénéficier d'un accompagnement pour les visites par groupe de trois à quatre personnes en s'adressant à l'accueil des urgences.

En cas d'obstacles médico-légal, la présentation des corps aux familles ne peut avoir lieu qu'avec l'autorisation de l'autorité judiciaire.

Avant toute présentation, les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour dans la chambre mortuaire de l'hôpital du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits durant trois jours suivant le décès ; Ce délai permettant aux familles d'organiser les obsèques (par une société des pompes funèbres au choix des familles).

Au-delà de 72 heures, l'établissement applique un tarif de dépôt et de séjour (location salle pour les soins ou mise en bière) à la journée, fixé annuellement par décision du directeur de l'établissement, conformément aux dispositions de l'article R 2223-94 du Code Général des Collectivités Territoriales qui sera facturable aux ayants droit.

97.3 MISE EN BIÈRE A LA CHAMBRE MORTUAIRE ET TRANSPORT

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit procéder au préalable à sa récupération.

La fermeture du cercueil est autorisée par le Maire du lieu du décès. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat du médecin ayant constaté le décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités et de celles prévues par le Code Civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumation, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps, après mise en bière, doit avoir lieu après déclaration préalable effectuée, par tout moyen écrit, auprès du Maire de la commune de Montélimar.

97.4 VERS LA CHAMBRE FUNERAIRE

La demande d'admission en chambre funéraire est présentée après le décès. Elle énonce les nom(s), prénoms, âge et domicile du défunt.

Le transport, avant mise en bière, d'une personne décédée et l'admission dans la chambre funéraire située sur le territoire de la commune du lieu du décès doivent intervenir dans un délai de quarante-huit heures à compter du décès. Ils ne peuvent être effectués que sur production d'un certificat médical établi par un médecin hospitalier constatant que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel.

Le transport, avant mise en bière, est subordonné :

- ✚ À la demande écrite :
 - ✓ de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
 - ✓ À l'accord écrit du Directeur du GHPP attestant qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de dix heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;
- ✚ À la mention sur le certificat de décès que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- ✚ À l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin du GHPP ;
- ✚ À l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le transport du corps, après autorisation du Maire de la Commune du lieu du décès, doit être effectué par une entreprise agréée par le Préfet du département et assurant le service des pompes funèbres.

Les dispositions ci-dessus ne visent que les transports dans une chambre funéraire autre que la chambre mortuaire du GHPP.

97.5 VERS LE DOMICILE DU DEFUNT OU D'UN MEMBRE DE SA FAMILLE

Le transport, sans mise en bière d'une personne décédée, ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du Maire du lieu de dépôt du corps. Les opérations de transport doivent s'achever dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès.

Le transport, avant mise en bière, est subordonné :

- ✚ À la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- ✚ À la mention sur le certificat de décès que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- ✚ À l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin du centre hospitalier ;
- ✚ À l'accord écrit du Directeur du centre hospitalier ;
- ✚ À l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin hospitalier peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- ✚ Le décès soulève un problème médico-légal ;
- ✚ L'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- ✚ Le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel. Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le Directeur du centre hospitalier de son opposition.

Le médecin avertit dans les meilleurs délais et par écrit la famille et le Directeur de l'hôpital de son opposition. Le transport à résidence est assuré par des véhicules agréés à cet effet.

ARTICLE 98 – OPERATIONS FUNERAIRES

Les responsables d'entreprises funéraires ont accès à la chambre mortuaire pour le retrait des corps, la pratique de conservation, la toilette et les soins de restauration du corps avant présentation, lorsqu'ils sont mandatés par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles.

98.1 LIBRE CHOIX DES OPERATEURS FUNERAIRES

L'hôpital tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, habilitées à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des opérateurs funéraires habilités est affichée à l'accueil de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques, en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein de l'hôpital.

Il est également strictement interdit aux agents de l'hôpital qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises.

Si une famille de personne décédée n'a pas connaissance des opérateurs funéraires, dans le cadre du respect du libre choix, l'agent de la chambre mortuaire, ou le cadre de santé de garde, ou le bureau des Admissions, peut communiquer la liste établie par la Préfecture des opérateurs funéraires agréés.

Dans le cas d'un transport de corps avant mise en bière, il est procédé au respect du libre choix de la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Si elle ne souhaite pas exercer son droit, il est fait appel à la société des pompes funèbres du tour de rôle établi par le GHPP.

98.2 LIBERTE DES FUNERAILLES – DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein de l'hôpital, afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel du service peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leur volonté.

Les résidents sous mesure de protection et/ou leurs familles doivent se rapprocher du préposé aux tutelles de l'hôpital afin que celui-ci prenne toutes les dispositions nécessaires à la réalisation des funérailles en accord avec le majeur protégé et/ou son entourage.

Les malades peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au GHPP de Montélimar.

98.3 DISPOSITIONS CONCERNANT LES INDIGENTS

Le service des pompes funèbres est gratuit pour les personnes dépourvues de ressources suffisantes ou sans ressources.

Lorsque la mission de service public des pompes funèbres (Art. L. 2223-19 CGCT) n'est pas assurée par la commune, celle-ci prend en charge les frais d'obsèques de ces personnes. Elle choisit l'organisme qui assurera ces obsèques. Le maire fait procéder à la crémation du corps lorsque le défunt en a exprimé la volonté.

Si le défunt n'a pas de descendance (Art. R 1112-75 CSP), le maire ou, à défaut, le représentant de l'État (Art. L. 2213-7 CGCT) dans le département fait le nécessaire pour qu'il soit enseveli et inhumé décemment, sans distinction de culte ni de croyance.

Si le défunt était sans ressources, les dispositions concernant les indigents sont applicables (Art. L. 2223-27 CGCT) : le service des pompes funèbres est gratuit. Lorsque cette mission de service public n'est pas prise en charge par la commune, celle-ci prend en charge les frais d'obsèques des sans-ressources et choisit l'organisme qui assurera ces obsèques.

L'hôpital note sur le registre les dispositions communiquées par les pompes funèbres en portant la mention « obsèques fixées par l'hôpital ».

S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Lorsque, dans un délai de trois jours maximum, le corps du défunt n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, le directeur du GHPP contacte les pompes funèbres de sa propre commune afin qu'elles procèdent à l'inhumation dans un délai de six jours. Les frais seront, éventuellement, payés par les deniers confiés par le patient de son vivant à l'hôpital ou par un ayant droit ou par sa famille.

ARTICLE 99 – OBJETS ABANDONNES OU DEPOSES PAR LE DEFUNT

L'inventaire de tous les objets que possédaient le défunt est dressé et signé par deux personnes du service. Une copie est conservée au dossier du patient. Il est inscrit sur le registre tenu par le régisseur.

Ces objets (argent, titres et valeurs, tout moyen de paiement, cartes magnétiques, objets de valeur, bijoux, etc....), sont transmis sans délai, au régisseur de la régie « dépôt des hospitalisés ». Le récépissé de dépôt est envoyé aux héritiers, accompagné d'une note expliquant les formalités de retrait.

Le régisseur dépose sans délai le numéraire, les titres et valeurs et les bijoux à la Trésorerie Publique de Montélimar.

Un courrier d'information sur le devenir des objets est adressé, par le régisseur, à la famille du défunt. Une copie de ce courrier est transmise à la trésorerie avec le dépôt.

La restitution du dépôt à la famille, par la trésorerie, sera possible sur présentation d'un certificat d'hérédité (établi par la mairie de résidence de la personne décédée, ou le notaire).

En aucun cas, toute personne du service n'a le droit de restituer le dépôt à un membre de la famille. En cas de non-observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et des effets. Un procès-verbal doit être dressé, en double exemplaire, en présence de deux agents dont un exemplaire sera remis à la famille.

Les objets non réclamés au receveur sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et de consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du GHPP.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par la Trésorerie, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor Public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et de consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers.

SECTION XVII : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECHERCHES BIOMEDICALES ET AUX PRELEVEMENTS D'ELEMENTS DU CORPS HUMAIN

ARTICLE 100 – RECHERCHE BIOMEDICALE

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés ou aux personnes venues pour consultation de participer à une recherche biomédicale. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de déroulement de ces recherches. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures protégées, ainsi que sur les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique. Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale.

Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche. Les patients ou le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation. Le Directeur de l'hôpital et le ministre chargé de la santé doivent toujours être informés de la nature et des modalités des recherches entreprises.

ARTICLE 101 – MODALITES GENERALES DES PRELEVEMENTS D'ELEMENTS DU CORPS HUMAIN ET DE LA COLLECTE DE SES PRODUITS

Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable du donneur. Le consentement est révocable à tout moment. Le consentement de la personne vivante sur laquelle peut être effectué un prélèvement d'organe en vue de don est régi conformément aux conditions définies par la loi. Ce consentement est révocable à tout moment et sans conditions de forme.

Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le GHPP. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information, permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu, ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

ARTICLE 102 – MODALITES GENERALES DES PRELEVEMENTS ET GREFFES D'ORGANES ET DE TISSUS

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concourent, directement ou indirectement, le GHPP. Un prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Un tel prélèvement ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi. Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement.

Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus. Ce refus peut être exprimé à titre principal par l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révoquant à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant. Le refus de prélèvement des organes est révisable et révoquant à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité.

Si le patient décédé est un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes. Les médecins qui ont procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps.

102.1 COORDINATION HOSPITALIERE DU GHPP

Les coordinations hospitalières sont les relais entre les différents acteurs intervenant lors des prélèvements d'organes et de tissus.

Le GHPP dispose d'une coordination des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) qui fait partie de la Zone Interrégionale de Prélèvement et de Répartition des greffons (ZIPR3 : Sud-Est/Océan Indien) de l'Agence de Biomédecine. Elle travaille en collaboration avec les équipes de prélèvement et de greffes du CHU de Lyon. Cette équipe de coordination des prélèvements d'organes et de tissus est une entité autonome au sein de l'établissement, n'accueillant pas de patient mais intervient sur l'ensemble des services de l'Hôpital. Elle est le relais entre les familles, les unités de soins et l'Agence de Biomédecine lors de prélèvements d'organes et de tissus.

L'équipe de coordination hospitalière assure sa mission, sous l'autorité du Directeur de l'Etablissement. Elle est chargée de participer au bon déroulement des activités de prélèvements et d'assurer l'accueil et l'accompagnement des familles ou des proches du sujet en état de mort encéphalique, ou décédé à cœur arrêté. Elle est présente à toutes les étapes du prélèvement et travaille en liaison étroite avec les médecins de l'équipe de prise en charge du donneur, le Service de Régulation et d'Appui (SRA) de Lyon, le coordonnateur inter-régional de l'Agence de Biomédecine (ABM) et les chirurgiens préleveurs. Elle est aussi chargée de missions administratives, de communication et d'information, et joue un rôle de formation auprès du personnel. Elle est habilitée au recueil du consentement au don, et participe au recensement des refus.

L'équipe de la coordination hospitalière reste à la disposition des proches qui souhaiteraient des informations complémentaires lors d'une rencontre ou d'un entretien téléphonique, et ce y compris après le prélèvement d'organes et de tissus.

ARTICLE 103 – DISPOSITIONS PARTICULIERES APPLICABLES AUX PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR CERTAINES CATEGORIES DE PERSONNES DECEDEES

L'autorisation écrite de chacun des titulaires de l'autorité parentale est obligatoire avant tout prélèvement effectué à des fins thérapeutiques sur un mineur. Cette autorisation écrite est requise du représentant légal lorsque le prélèvement est effectué sur un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale. Les prélèvements sur les personnes décédées de mort violente ou suspecte ne peuvent avoir lieu qu'avec l'accord du Procureur de la République. Des précautions spéciales s'imposent lorsque la personne, sur laquelle un prélèvement est envisagé, a été victime d'un accident de la route ou d'un accident du travail ou qu'elle a été reconnue atteinte d'une maladie professionnelle.

Il appartient alors au praticien qui envisage d'effectuer le prélèvement d'apprécier, dans chaque cas, si ce dernier peut être effectué sans gêner ou limiter l'efficacité d'une expertise ultérieure, afin de préserver les intérêts des ayants droit et de l'organisme de Sécurité Sociale. Il en tient informé le Procureur de la République.

ARTICLE 104 – MODALITES SPECIFIQUES DES PRELEVEMENTS A BUT SCIENTIFIQUE

Les prélèvements à des fins scientifiques ayant pour but de rechercher les causes du décès ne peuvent être effectués que dans les cas où la personne concernée n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement. Le registre national des refus doit être interrogé. La famille est informée de tout prélèvement effectué en vue de rechercher les causes du décès. Lorsque le défunt est un mineur, le consentement doit être exprimé par les deux titulaires de l'autorité parentale. Lorsque le défunt est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale, le consentement doit être exprimé par le représentant légal.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

SECTION XVIII : PRINCIPES LIES AU RESPECT DU PATIENT

ARTICLE 105 – DEMANDE D’INFORMATION

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d’information générale des usagers dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement intérieur.

ARTICLE 106 – SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel, institué dans l’intérêt des patients, s’impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l’exercice de leur activité, c’est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu’ils ont vu, entendu ou compris. Le secret professionnel ne s’applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements régissant :

- ✚ La déclaration de naissance,
- ✚ Le certificat de décès,
- ✚ La déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret,
- ✚ La déclaration des infections sexuellement transmissibles,
- ✚ Le certificat d’accident du travail,
- ✚ Le certificat de maladie professionnelle,
- ✚ Le certificat attestant d’une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation,
- ✚ La déclaration visant au placement d’un majeur sous sauvegarde de justice,
- ✚ La déclaration de l’état dangereux des alcooliques,
- ✚ Le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge,
- ✚ La déclaration de l’interruption d’une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d’une injonction thérapeutique.

ARTICLE 107 – SECRET MEDICAL

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

- ✚ Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne qui n’est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- ✚ Pour porter à la connaissance du Procureur de la République, avec l’accord de la victime, ou de la cellule de recueil, de traitement et d’évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l’être, les sévices qu’il a constatés dans l’exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature 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 relevant de l'article 132-80 du code pénal, 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 informer le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu’elles détiennent une arme ou qu’elles ont manifesté l’intention d’en acquérir une.

En cas de non-révélation d’actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. Les fonctionnaires en exercice à l’hôpital et les médecins chefs de service en leur qualité d’autorité constituée sont tenus par les dispositions de l’article 40 du Code de Procédure Pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l’exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le Directeur de l’hôpital.

ARTICLE 108 – OBLIGATION DE RESERVE ET DE DISCRETION PROFESSIONNELLE

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital. Ces dispositions s'appliquent avec une particulière vigilance à l'égard des médias, des agents d'assurances, et des réseaux sociaux. En application de cette obligation, aucune information permettant d'identifier des personnes hospitalisées /résidentes, des personnels en situation de travail, et aucun commentaire sur l'environnement de travail, ne doivent être publiés sur les réseaux sociaux par les agents : l'établissement se réserve le droit de poursuites pénales correspondant à la qualification du délit constaté.

ARTICLE 109 – RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou leurs familles.

ARTICLE 110 – SOLLICITUDE ENVERS LES USAGERS ET PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

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. Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Les personnels prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels. Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Les personnels du GHPP agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne.

Le GHPP veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

Un référent Bientraitance est désigné au sein de l'Etablissement.

ARTICLE 111 – ACCUEIL ET RESPECT DU LIBRE CHOIX DES FAMILLES

Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs funéraires, prestataires de santé à domicile, pharmacie etc.

SECTION XIX : PRINCIPES DES REGLES PROFESSIONNELLES

ARTICLE 112 – COMPORTEMENTS RESPECTUEUX

L'ensemble du personnel doit observer un comportement respectueux à l'égard des femmes et des hommes de l'établissement. Cette attitude respectueuse est attendue également au niveau de la communication écrite.

Est passible d'une sanction disciplinaire quiconque aura eu un comportement discriminatoire à l'encontre d'un(e) salarié(e), notamment à raison de son sexe ou de son origine, telle que prévue par le Code du travail et le Code pénal. Il en sera de même pour les propos sexistes, homophobes, xénophobes ou racistes.

ARTICLE 113 – OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT

Il est interdit à tout membre du personnel de l'hôpital d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptible de compromettre son indépendance.

ARTICLE 114 – INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE PRIVEE LUCRATIVE

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation sur les cumuls d'activité. Sont interdites, même si elles sont à but non lucratif, les activités privées suivantes :

- ✚ la participation aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif (sauf en cas de création ou de reprise d'une entreprise par l'agent) ;
- ✚ le fait de donner des consultations, de procéder à des expertises et de plaider en justice dans les litiges intéressant une personne publique (sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une autre personne publique) ;
- ✚ la prise d'intérêt de nature à compromettre l'indépendance de l'agent (directement ou par personne interposée) dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette administration.

ARTICLE 115 – INTERDICTION DE BENEFICIER D'AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les personnels directement concernés. Les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

Conformément au Code de la Déontologie Médicale, le médecin exerce en toute liberté son activité médicale, il est dans l'obligation de ne pas aliéner sa pratique médicale du fait de prestation en nature de la part d'un tiers.

ARTICLE 116 – EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES, INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE ET OBLIGATION DE FORMATION DES PERSONNELS

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné serait 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. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service. Le GHPP veille à ce que l'ensemble de ses personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de développement professionnel continu.

ARTICLE 117 – ORGANISATION DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES LIES AUX SOINS

Conformément à la responsabilité qui incombe à sa fonction, tout agent de l'hôpital lorsqu'il est porté à sa connaissance un effet indésirable grave ou inattendu portant sur des domaines de vigilances réglementaires est tenu d'en alerter immédiatement son supérieur. Il s'agit d'incidents liés à l'utilisation d'un médicament, d'un dispositif médical, d'un produit sanguin labile ou bien d'une infection associée aux soins ou tout autre événement indésirable grave lié aux soins. Ce signalement fait l'objet d'un rapport circonstancié permettant son analyse. Il est également formalisé sur le système de signalement institutionnel informatisé (BLUE MEDI).

ARTICLE 118 – DROIT A SE RETIRER D’UNE SITUATION DE TRAVAIL

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d’une situation de travail dont il estime qu’elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s’exercer de telle manière qu’elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L’agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au Directeur ou à son représentant, qui informe le CSE. Conformément à la réglementation, le service de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

ARTICLE 119 – TEMOIGNAGE EN JUSTICE OU AUDITION AUPRES DES AUTORITES DE POLICE

Tout agent de l’hôpital, lorsqu’il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le Directeur et, à l’issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, l’en informer.

ARTICLE 120 – BON USAGE DES BIENS DE L’HOPITAL

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l’hôpital. L’hôpital sera amené à exiger un remboursement, en cas de dégradations volontaires ou d’incurie caractérisée ou d’usage abusif à titre personnel des biens du service hospitalier. L’usage du poste informatique, de l’internet, de l’intranet et de la messagerie font l’objet d’une charte remise à chaque agent qui s’engage à respecter les dispositions qu’elle contient.

ARTICLE 121 – ENGAGEMENT CHARTE INFORMATIQUE

Le GHPP met à disposition de son personnel des outils informatiques et de communication. Les agents sont tenus de respecter les termes de la charte informatique dont ils prennent obligatoirement connaissance lors de leur recrutement.

ARTICLE 122 – ASSIDUITE ET PONCTUALITE

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. En cas d’empêchement de prise de fonction, l’agent doit prévenir son supérieur dans les plus brefs délais afin de réorganiser le service.

ARTICLE 123 – HORAIRES DU PERSONNEL

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect de l’ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 modifiée et des dispositions prises pour son application. Les horaires sont définis au sein du service.

ARTICLE 124 – TELETRAVAIL

Le télétravail est une modalité d’organisation du travail, concernant les activités n’imposant pas une présence physique permanente et continue de l’agent au sein de l’hôpital, et qui est réalisé en dehors des locaux du GHPP, en l’espèce au domicile de l’agent ou dans un autre lieu déterminé et sous sa responsabilité pleine et entière. La fiche de poste de l’agent n’est pas modifiée. La mise en place du télétravail est acceptée d’un commun accord entre la direction du GHPP et l’agent. Les conditions de mise en œuvre du télétravail sont fixées par convention individuelle.

Le télétravailleur devra fournir une attestation sur l’honneur de conformité des installations électriques de son domicile et de disposer d’un débit suffisant pour avoir accès aux réseaux internet et pour une connexion satisfaisante sur son lieu de télétravail. Une attestation d’assurance habitation faisant apparaître la clause particulière prenant en compte son activité de télétravail à domicile sera également à fournir par l’agent. Le télétravailleur s’engage, après avoir pris connaissance des dispositions de la charte de télétravail du GHPP, annexée au présent règlement, à la respecter dans le cadre de son activité en télétravail.

En cas d’utilisation des accès de l’administration à des fins non professionnelles ou de faute intentionnelle, le télétravailleur s’expose à des poursuites disciplinaires.

ARTICLE 125 – IDENTIFICATION DES PERSONNELS

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout moyen d'identification précisant notamment leur prénom, la première lettre de leur Nom (pour des raisons de sécurité) et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles, aux étudiants ainsi qu'aux prestataires.

ARTICLE 126 – OBLIGATION DE DEPOSER ARGENT, VALEURS OU OBJETS CONFIES PAR LES PATIENTS OU TROUVES DANS L'HOPITAL

Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients. Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'hôpital ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage. Tout objets, documents ou valeurs découverts ou trouvés dans :

- ✚ un service de soins, de consultation ou administratif doit être remis au cadre du service,
- ✚ des locaux divers, parking, circulation, doit être remis au PC sécurité, afin d'en assurer la restitution.

ARTICLE 127 – RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Tous les agents de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Le personnel médical et soignant doit respecter les principes d'hygiène corporelle :

- ✚ Cheveux courts ou attachés,
- ✚ Ongles courts,
- ✚ Ongles sans vernis,
- ✚ Le port de faux ongles est interdit,
- ✚ Le port de bijoux sur les mains et avant-bras est interdit,
- ✚ La tenue du personnel médical et soignant doit être changée dès qu'elle est souillée sinon elle doit être changée quotidiennement,
- ✚ Le port d'une tenue de ville sous la tenue de travail est à proscrire. Le port de manches longues sous la tenue de travail est interdit.

Lorsqu'une tenue est fournie aux agents par l'établissement, ils doivent la porter en présence des patients.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers.

ARTICLE 128 – ALCOOL, DROGUE ET TABAC

La consommation d'alcool et de produits stupéfiants est formellement interdite et passible de sanction disciplinaire. Il est par ailleurs interdit de détenir de l'alcool dans l'enceinte de l'établissement. Cette interdiction s'applique également au tabac (Cf. article 38).

ARTICLE 129 – UTILISATION DES PHOTOS DANS L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Dans l'exercice professionnel, les agents peuvent être photographiés par des professionnels internes en vue d'illustrer un support pédagogique, de promotion à la santé, de présentation de l'institution sans obligation de formalisation de son accord dans la mesure où l'image est diffusée sur un support de l'établissement, à visée informative, relative aux missions hospitalières, dans le respect de la dignité de la personne et dans un but non lucratif. Toutefois le consentement de la personne lors de la prise de vue sera recherché et en cas de la manifestation d'un refus, il ne sera pas donné suite.

Lors de l'intervention d'un professionnel de presse, l'autorisation formelle de l'agent devra être recueillie par écrit par le journaliste externe, qui est porteur de l'obligation de respect du droit à l'image et dont l'organe peut être poursuivi par l'agent en cas de non-respect, réutilisation abusive.

En ce qui concerne la carte professionnelle, l'autorisation de la photo est recueillie lors de la fabrication du badge par les services créateurs. Cette photo pourra être réutilisée pour alimenter les annuaires et trombinoscopes : les personnes qui ne le souhaitent pas pourront manifester leur souhait au moment de cette intégration.

ARTICLE 130 – EXIGENCE D’UNE TENUE CORRECTE

La tenue est un élément du respect dû aux patients. Une tenue correcte, tant dans l’habillement, la conduite, que dans le langage, est exigée de l’ensemble du personnel quel que soit son lieu d’exercice. Le port du short est interdit sur le poste de travail.

ARTICLE 131 – LUTTE CONTRE LE BRUIT

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

ARTICLE 132 – GESTION DES DONS ET LEGS

Le GHPP, établissement public de santé, peut, en sa qualité de personne morale de droit public dotée de l’autonomie administrative et financière, recevoir des dons et legs conformément à la législation en vigueur. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Tous les dons effectués au profit du GHPP, de quelque type que ce soit et quel que soit leur provenance, doivent être signalés à la direction générale. Les dons et legs seront soumis à la validation du Directeur de l’établissement.

En application de l’article 909 du Code civil, les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux, qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci. Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les personnes morales au nom desquelles ils exercent leurs fonctions ne peuvent pareillement profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires que les personnes dont ils assurent la protection auraient faites en leur faveur quelle que soit la date de la libéralité.

SECTION XX : EXPRESSION DES PERSONNELS

ARTICLE 133 – DROIT D’EXPRESSION DIRECTE ET COLLECTIVE

Les personnels de l’hôpital, qui ne relèvent pas des dispositions prévues à l'article L. 6146-2 du code de santé publique, bénéficient d’un droit à l’expression directe et collective sur le contenu, les conditions d’exercice et l’organisation de leur travail, dans des conditions arrêtées par le Directeur de l’hôpital, après avis du C.S.E.

ARTICLE 134 – DROIT SYNDICAL

Le droit syndical est garanti aux personnels médicaux et non médicaux de l’hôpital. Les membres des organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d’autorisations spéciales d’absence et de décharges d’activités de service. Le Directeur garantit l’exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

CHAPITRE V : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL - RGPD

ARTICLE 135 – DISPOSITIONS GENERALES

Le Règlement européen général relatif à la protection des données personnelles (RGPD) et la loi informatique et libertés française encadrent le traitement de toute donnée personnelle permettant d'identifier directement ou indirectement une personne physique (dite « personne concernée »). Un haut niveau de sécurité et de protection de ces données personnelles est exigé afin d'assurer la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité de ces données.

Des catégories particulières de données personnelles nécessitant une protection spécifique et supplémentaire sont définies. Les données concernant la santé, les données génétiques, les données biométriques, les données révélant l'appartenance religieuse, ethnique ou raciale, ou bien délivrant une information sur la vie sexuelle ou l'orientation sexuelles d'une personne sont considérées comme étant des données sensibles.

L'établissement est alors soumis à cette réglementation à double titre : s'agissant des usagers d'une part, et des agents d'autre part. Dans le cadre de son activité, l'établissement doit garantir la protection des données de ces personnes, leur permettre d'exercer leurs droits librement et garantir le respect de ces droits fondamentaux tout en répondant à ses obligations légales et réglementaires. L'objet de ce chapitre est d'informer les agents de l'établissement et de communiquer les bonnes pratiques applicables en matière de protection des données personnelles. Tout agent s'engage à respecter les règles de protection des données personnelles, de surcroît en matière de secret médical et de secret professionnel.

La manipulation, l'accès, la conservation et tout traitement de données personnelles portant sur les usagers, les agents ou toute personne physique intervenant au sein de l'établissement doivent respecter la législation et la réglementation en vigueur, ainsi que les procédures et instructions internes de l'établissement (*exemple : charte informatique*).

Tout manquement aux lois, règlements, procédures et instructions peut entraîner à *minima* une sanction disciplinaire par l'établissement, pouvant mener à une condamnation pénale en cas de recours contentieux. Un Délégué à la protection des données (ou DPO) a été désigné et est joignable à l'adresse email suivante : dpo@gh-portesdeprovence.fr. En cas de doute ou de faille de sécurité, l'agent est invité à solliciter le DPO, la direction informatique ou la direction générale de l'établissement si nécessaire.

ARTICLE 136 – DONNEES DES USAGERS ET DE LEURS PROCHES

Dans le cadre de la prise en charge de ses usagers, l'établissement traite des données personnelles sensibles principalement à travers le dossier patient informatisé. Un traitement de données personnelles, sous format papier, est également effectué pour les besoins de l'activité. Ce traitement de données personnelles trouve son fondement juridique dans l'article 9 du RGPD, notamment pour les finalités de diagnostic médical, prise en charge sanitaire ou sociale, ou de la gestion des systèmes et des services de soins de santé.

Les données traitées sont des données sensibles touchant à l'intimité des patients et de leurs familles, une grande vigilance doit y être portée par toute personne agissant au sein de l'établissement. De façon générale, l'établissement est engagé dans une démarche transparente auprès des usagers et de leurs proches. A ce titre, tout agent de l'établissement ou tout professionnel intervenant au nom de l'établissement pour la prise en charge des patients, doit s'engager à assurer le même niveau de transparence et d'amélioration continue dans la conformité des traitements de données personnelles au RGPD et à la loi informatique et libertés.

En cas de demandes particulières de la part des usagers se rapportant à leurs données personnelles, l'agent est invité à communiquer l'adresse email du DPO : dpo@gh-portesdeprovence.fr ou bien à diriger l'utilisateur vers le service relations usagers de l'établissement.

ARTICLE 137 – DONNEES DES AGENTS DU GHPP

L'établissement traite également les données personnelles de ses agents notamment pour les finalités de gestion du personnel, de médecine du travail, gestion interne des communications, de la sécurité physique des locaux, des formations professionnelles, des congés et arrêts de travail etc. Les données personnelles traitées dans le cadre de la gestion des ressources humaines sont celles répondant aux obligations légales et réglementaires de l'établissement dont notamment : nom, prénom, adresse postale, adresse email, date de naissance, sexe, fonction, revenus, coordonnées bancaires, numéro de sécurité sociale, congés, plan formation, diplômes, expériences et titres etc.

Ces données personnelles ne sont traitées que dans les finalités permises par la loi et dans le respect du principe de minimisation des données.

Les données personnelles des agents font également l'objet de mesures de sécurité technique et organisationnelle. Le personnel, habilité à traiter ce type de données personnelles, s'engage à en assurer la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité et à garantir l'exercice des droits de toute personne concernée par lesdits traitements.

Les durées de conservation de ces données à caractère personnel sont déterminées conformément aux obligations légales et à l'intérêt légitime de l'établissement.

Les destinataires des données sont les services internes assurant la gestion des ressources humaines, la direction et toute entité extérieure institutionnelle autorisée tels que les organismes sociaux et fiscaux.

Chaque agent peut exercer ses droits d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition et de limitation du traitement de données, dans le respect des textes réglementaires, auprès du Délégué à la protection des données par email : dpo@gh-prtesdeprovence.fr ou en adressant un courrier postal à l'attention du Délégué à la protection des données à l'adresse du siège administratif de l'établissement.

L'agent est libre de déposer une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL, 3 Place du Fontenoy TSA 80715, 75334 Paris, Cedex 07.

ARTICLE 138 – CONTROLE DES ACCES AU DOSSIER PATIENT INFORMATISE

Seuls les professionnels, en lien avec la prise en charge du patient, peuvent accéder à son dossier médical informatisé. Afin d'assurer la protection des données à caractère personnel des patients, tout professionnel ayant consulté ou modifié un dossier, alors qu'il n'était pas en lien avec la prise en charge du patient ou avec la gestion de son dossier, devra justifier de son action auprès de la Direction. En cas de manquement à la confidentialité des données des patients, l'agent sera passible de sanctions disciplinaires.

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 139 – PROCEDURE D'APPLICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur s'applique à toutes les structures et sites du GHPP.

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur arrête le règlement intérieur de l'établissement, en concertation avec le directoire.

Le Conseil de Surveillance, la Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Social d'Etablissement donnent un avis sur le règlement intérieur.

La Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et médicotechniques est informée de l'adoption du règlement intérieur.

ARTICLE 140 – PROCEDURE DE MISE A JOUR

Le règlement intérieur est réactualisé dès que les évolutions réglementaires et/ou institutionnelles le nécessitent. Il est toutefois relu systématiquement au minimum tous les 3 ans.

Les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées dans les mêmes formes et selon, la même procédure que celle décrite au précédent article.

ARTICLE 141 – MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des patients, des usagers, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la direction de l'établissement.

Après son adoption par les instances institutionnelles, il fait l'objet d'une information au sein de tous les comités, conseils, commissions de l'établissement.

Il est téléchargeable ou consultable sur le site internet du GHPP : <https://www.gh-portesdeprovence.fr> et sur son portail intranet.

CHAPITRE VII : DOCUMENTS ANNEXES DE REFERENCE

Les pièces annexes citées ci-après, disponibles sur le site internet de l'hôpital ou sur l'intranet, correspondent à celles qui sont mentionnées dans le présent règlement intérieur :

1. Charte et Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement (en cours de réécriture)
2. Règlement intérieur du Conseil de Surveillance
3. Règlement intérieur Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
4. Règlement intérieur du Comité Social d'établissement (en cours d'écriture)
5. Règlement intérieur de la Commission des Usagers
6. Charte de l'activité libérale (en cours de réactualisation)
7. Règlement intérieur de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
8. Règlement intérieur du Comité de Lutte contre la Douleur
9. Règlement intérieur du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)
10. Règlement intérieur du Comité de réflexion Ethique (en cours d'écriture)
11. Règlement de fonctionnement des structures d'hébergement des personnes âgées
12. Charte de l'Identito-Vigilance
13. Règlement intérieur du Département d'Information Médicale (en cours de réécriture)
14. Chartes de la personne hospitalisée, de l'enfant hospitalisé et de la personne âgée,
15. Livret d'accueil du Groupement Hospitalier Portes de Provence
16. Charte de la laïcité des services publics
17. Charte de Télétravail
18. Charte d'accès et usage du Système Informatique et Internet

Version	Date d'application	ETAPE DU DOCUMENT
A	Après avis des instances du GHPP	Création

Rédigé par :	Vérifié par :	Approuvé par :
Mme CHIZALLET Mme MARTIN	Mme CHIZALLET M. MONIER	<i>Avis de la CME du 15-11-2022</i> <i>Décision du Directoire du 17-11-2022</i> <i>Avis du CHSCT du 01-12-2022</i> <i>Avis du CTE du 12-12-2022</i> <i>Avis du CS du 15-12-2022</i> <i>Information de la CSIRMT du 12-12-2022</i>