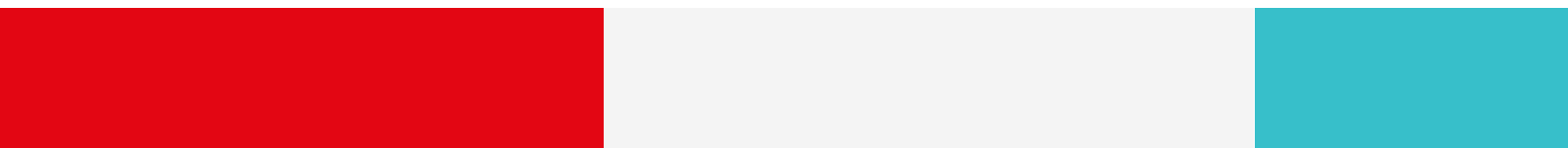


Règlement intérieur



Suivi des diffusions

C = Création R = Révision S = Suppression

Code	Version	Date	Nature de la modification
C	V1	15/11/2018	Création

Diffusion : Diffusion générale

REDACTION	APPROBATION (Fond)	VALIDATION (Forme)
V. ALBERT	M. MORIN	B. GASTEBOIS
Directrice adjointe Direction Logistique	Directeur général	Directrice de la qualité
Date : 22/11/2018	Date : 26/11/2018	Date : 27/11/2018
signé	signé	signé

SOMMAIRE

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	10
<i>SECTION I - LE CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN : STATUT ET MISSIONS</i>	<i>11</i>
Art. 1 - Le Centre hospitalier public du Cotentin, établissement public de santé	11
Art. 2 - Missions du Centre hospitalier public du Cotentin	11
<i>SECTION II - PRINCIPES FONDAMENTAUX ET OBLIGATIONS</i>	<i>13</i>
Art. 3 - Principes fondamentaux du service public hospitalier	13
Art. 4 - Obligations	13
CHAPITRE II : L'ORGANISATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN	14
<i>SECTION I - LES ORGANES DECISIONNELS ET CONSULTATIFS</i>	<i>15</i>
SOUS-SECTION 1 - LES ORGANES DECISIONNELS	15
Art. 5 - Le Conseil de Surveillance	15
Art. 6 - Le Directeur	16
[1] Attributions	16
[2] Délégation de signature	16
Art. 7 - Le Directoire	17
Art. 8 - Le président de la Commission Médicale d'Etablissement	17
SOUS-SECTION 2 – LES ORGANES CONSULTATIFS ET INSTANCES SPECIALISEES	18
Art. 9 - Les organes consultatifs	18
Art. 10 - Les instances spécialisées relatives au personnel	20
Art. 11 - Les instances spécialisées relatives à la qualité et à la sécurité des soins	21
Art. 12 - Les instances spécialisées relatives à l'activité médicale	22
Art. 13 - La commission des usagers (C.D.U.)	22
Art. 14 - Le Comité d'Ethique	24
<i>SECTION II – L'ORGANISATION DES SOINS</i>	<i>24</i>
Art. 15 - L'organisation en pôles d'activités cliniques ou médico techniques	24
Art. 16 - L'organisation en structures internes, en services et en unités fonctionnelles	25
Art. 17 - Coordination des soins dispensés aux patients	25
Art. 18 - La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques	26
CHAPITRE III : L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS	27
<i>SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES</i>	<i>28</i>
SOUS-SECTION 1 - LES MODES D'ADMISSION	28
Art. 19 - La prononciation de l'admission	28
Art. 20 - L'admission programmée et l'admission directe	28
[1] L'admission programmée	28
[2] L'admission directe	28
Art. 21 - L'admission en urgence	28
[1] La prononciation de l'admission en urgence	28
[2] L'information de la famille	28
[3] Inventaire à l'admission	29
[4] Le refus d'hospitalisation du patient	29
[5] Le transfert après les premiers secours	29
Art. 22 - L'admission à la suite d'un transfert	29

SOUS-SECTION 2 - L'ADMISSION ET LA PRISE EN CHARGE DES SOINS	29
Art. 23 - Les pièces à fournir au moment de l'admission	29
SOUS-SECTION 3 - LES REGIMES DE PRISE EN CHARGE	30
Art. 24 - Le principe du libre choix du patient	30
Art. 25 - Accès aux soins des personnes démunies	31
Art. 26 - Les régimes d'hospitalisation	31
[1] Le régime particulier	31
[2] Le régime libéral	31
Art. 27 - Les régimes de consultations et de soins externes	31
SOUS-SECTION 4 - L'ACCUEIL DES PATIENTS	32
Art. 28 - L'accueil des patients	32
Art. 29 - Les informations délivrées au patient	32
SOUS-SECTION 5 - LES CONDITIONS DE SEJOUR	33
Art. 30 - Information des familles et discrétion demandée par les patients	33
[1] Information des familles	33
[2] Discrétion demandée par les patients	33
Art. 31 - Dépôt et restitution des biens	33
[1] Dépôt des biens du patient	33
[2] Périmètre des biens et valeurs déposés	33
[3] Traçabilité du consentement des dépôts	34
[4] Traçabilité du consentement des dépôts	34
[5] Restitution des biens du patient	34
Art. 32 - L'exercice du droit de visite	35
[1] Modalités du droit de visite	35
[2] Comportement des visiteurs	35
Art. 33 - Le service des repas dans les services de soins	35
[1] Repas aux accompagnants	35
[2] Détermination des menus	36
Art. 34 - Le comportement des hospitalisés	36
[1] Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital	36
[2] Désordres causés par le patient	36
[3] Hygiène à l'hôpital	36
Art. 35 - Effets personnels	36
Art. 36 - Les moyens de communication - courrier, téléphones, mobiles et objets connectés	37
Art. 37 - Les appareils de télévision, de radio, les ordinateurs, les tablettes et objets connectés	37
Art. 38 - Prise de vue et utilisation de l'image	38
Art. 39 - Pratiques religieuses	38
Art. 40 - Droits civiques	38
Art. 41 - Les stagiaires extérieurs	39
Art. 42 - Les bénévoles - Les associations de bénévoles	39
SOUS-SECTION 6 - LE SERVICE SOCIAL	40
Art. 43 - Les missions du service social	40
Art. 44 - Modalités de recours au service social	41
SOUS-SECTION 7 - LA SORTIE	41
Art. 45 - Permissions de sortie	41
Art. 46 - Formalités de sortie	41
Art. 47 - Sortie contre avis médical	42
Art. 48 - Sortie après refus de soins	42
Art. 49 - Sortie à l'insu du service	42
Art. 50 - Sortie du nouveau-né	43

Art. 51 -	Transport en ambulance	43
Art. 52 -	Sortie par mesure disciplinaire	43
SOUS-SECTION 8 - MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES		44
Art. 53 -	Attitude à suivre à l'approche du décès	44
Art. 54 -	Constat du décès	44
Art. 55 -	Annonce et notification du décès	44
Art. 56 -	Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale	45
Art. 57 -	Indices de mort suspecte	45
Art. 58 -	Toilette mortuaire et inventaire après décès	45
Art. 59 -	Le dépôt des corps à la chambre mortuaire	46
Art. 60 -	Mesures de police sanitaire	46
Art. 61 -	Transport de corps à résidence sans mise en bière	46
Art. 62 -	Transfert du corps vers une chambre funéraire avant mise en bière	47
Art. 63 -	Transport de corps après mise en bière	47
Art. 64 -	Prélèvement d'organes et de tissus	48
Art. 65 -	Prélèvement à but scientifique – Inhumation	48
Art. 66 -	Admission en chambre mortuaire de personnes décédées hors de l'établissement	49
SECTION II- DISPOSITIONS PARTICULIERES		49
Art. 67 -	Les femmes enceintes	49
[1]	Admission	49
[2]	Secret de l'hospitalisation	49
Art. 68 -	Admission des femmes désirant avoir recours à une interruption volontaire de grossesse	49
Art. 69 -	Les majeurs protégés	50
Art. 70 -	Les patients étrangers	51
Art. 71 -	Les militaires et victimes de guerre	51
Art. 72 -	Patients toxicomanes - Secret de l'hospitalisation et admission	51
Art. 73 -	Patients admis en EHPAD	52
Art. 74 -	Les détenus	52
[1]	Soins dispensés en milieu pénitentiaire	52
[2]	Admission	52
[3]	Régime d'hospitalisation	52
[4]	Incident en cours d'hospitalisation – Mesures de surveillance et de garde	52
Art. 75 -	Les personnes placées en centre de rétention	53
Art. 76 -	Les personnes gardées à vue	53
Art. 77 -	Les agents du CHPC	53
Art. 78 -	Obligation de signalement	54
SOUS-SECTION 1 – LES PATIENTS MINEURS		55
Art. 79 -	Admission	55
Art. 80 -	Information des mineurs et consentement aux soins	55
Art. 81 -	Soins confidentiels à la demande des mineurs	56
Art. 82 -	Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	56
Art. 83 -	Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation	57
Art. 84 -	Mineurs en situation de rupture familiale	57
Art. 85 -	Mineur relevant d'un service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance	57
Art. 86 -	Scolarisation	57
SOUS-SECTION 2 – LES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT		57
Art. 87 -	Principe	57
Art. 88 -	Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	58
[1]	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT/SDTU)	58
[2]	Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	58

Art. 89 -	Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	58
Art. 90 -	Droits spécifiques aux patients hospitalisés sans consentement	59
Art. 91 -	Contestation des soins sans consentement	60
Art. 92 -	Contention en psychiatrie	60
CHAPITRE IV : DROITS DES PATIENTS		61
SECTION I - LE DOSSIER PATIENT		62
Art. 93 -	Le contenu du dossier	62
Art. 94 -	La communication du dossier aux patients ou aux ayants-droit	62
Art. 95 -	Les règles de conservation	63
SECTION II - L'INFORMATION DU PATIENT		63
Art. 96 -	L'obligation d'informer	63
Art. 97 -	L'information des proches	64
SECTION III - LE CONSENTEMENT AUX SOINS		64
Art. 98 -	L'information sur les droits	64
Art. 99 -	Le principe de consentement	64
Art. 100 -	Personne de confiance	66
Art. 101 -	Les directives anticipées	66
Art. 102 -	Les situations particulières	66
Art. 103 -	La contention	67
Art. 104 -	Le refus de soins	67
Art. 105 -	Cas particulier du refus de soin d'un patient en fin de vie	68
SECTION IV – RECHERCHE EN SANTE		68
Art. 106 -	Encadrement de la recherche	68
Art. 107 -	Consentement éclairé des personnes participant à une activité de recherche en santé	69
SECTION V - GESTION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET QUALITE DES PRISES EN CHARGE		69
SOUS-SECTION 1 – QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE		69
Art. 108 -	Droit du patient à des soins de qualité	69
Art. 109 -	L'organisation de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux usagers	69
Art. 110 -	Les certifications	70
SOUS-SECTION 2 – LES RELATIONS AVEC LES USAGERS		71
Art. 111 -	L'évaluation de la satisfaction des patients	71
Art. 112 -	Le traitement des réclamations	71
Art. 113 -	L'attention portée aux patients et usagers	71
Art. 114 -	Le respect de la personne et de son intimité	71
Art. 115 -	Connaissance et application des chartes des personnes hospitalisées	72
Art. 116 -	Accueil et respect du libre choix du patient et des familles	72
Art. 117 -	Promotion de la bientraitance	72
Art. 118 -	Prise en charge de la douleur	73
Art. 119 -	Droit aux soins palliatifs	73
Art. 120 -	Obligation de signalement des événements indésirables	73
SECTION VI - LES DONNEES FAISANT L'OBJET D'UN TRAITEMENT INFORMATISE		73
Art. 121 -	Les déclarations à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) des fichiers informatisés	73
Art. 122 -	Le dossier médical informatisé	74
Art. 123 -	Le respect de la confidentialité	74
Art. 124 -	La charte de gestion du dossier patient	74
Art. 125 -	La charte d'utilisateur du système d'information	74

CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS DU CHPC	76
SECTION I - PRINCIPES GÉNÉRAUX COMMUNS À L'ENSEMBLE DES PERSONNELS DU CHPC	77
SOUS-SECTION 1 – LES PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU SERVICE PUBLIC ET AU RESPECT DES USAGERS	77
Art. 126 - L'obligation d'accueillir et d'informer le public, les usagers et leurs familles	77
Art. 127 - Le secret professionnel	77
Art. 128 - La discrétion professionnelle	79
Art. 129 - L'obligation de réserve	79
Art. 130 - Le respect de la neutralité du service public	79
Art. 131 - Liberté d'expression, internet et usage des réseaux sociaux et médias	80
SOUS-SECTION 2 – PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE ET OBLIGATIONS DES PERSONNELS	80
Art. 132 - L'obligation de désintéressement	80
Art. 133 - L'obligation d'exercice personnel des fonctions	80
Art. 134 - Situation de conflits d'intérêts	81
Art. 135 - L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative	81
Art. 136 - L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes en nature ou en espèces	81
Art. 137 - L'interdiction des pourboires	81
Art. 138 - L'exécution des instructions données par la hiérarchie	81
Art. 139 - L'assiduité et la ponctualité	82
Art. 140 - Le devoir d'information du supérieur hiérarchique et d'alerte	82
Art. 141 - Le respect des règles d'hygiène et de sécurité	82
Art. 142 - L'exigence d'une tenue correcte	83
Art. 143 - L'identification des personnels	83
Art. 144 - L'utilisation de matériel audio	83
Art. 145 - Le bon usage des biens du CHPC	83
Art. 146 - Les relations des personnels avec les médias	84
Art. 147 - L'identité visuelle du CHPC	84
Art. 148 - Les sanctions disciplinaires	84
SOUS-SECTION 3 – DROITS ET GARANTIES DES PERSONNELS	85
Art. 149 - La liberté d'opinion, de conscience, et la non-discrimination	85
Art. 150 - L'égalité de traitement	85
Art. 151 - La protection contre le harcèlement moral et sexuel	85
Art. 152 - La liberté d'expression et le droit à la participation	86
Art. 153 - Le droit syndical	86
Art. 154 - Le droit de grève	86
Art. 155 - Le droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions	86
Art. 156 - Le droit de retrait : cas d'un danger grave et imminent	86
Art. 157 - Le droit d'alerte : information de l'employeur par un représentant du personnel au CHSCT	87
Art. 158 - Le droit à la formation professionnelle	87
Art. 159 - Le droit d'accès au dossier administratif	87
SECTION II - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AU PERSONNEL MÉDICAL	88
SOUS-SECTION 1 - LES STATUTS	88
Art. 160 - Le personnel médical à temps plein et à temps partiel	88
Art. 161 - Les praticiens contractuels	88
Art. 162 - Les internes	88
Art. 163 - Les étudiants hospitaliers	88
Art. 164 - Les sages-femmes	88

SOUS-SECTION 2 - REGLES, PRATIQUES ET DEONTOLOGIE SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL	89
Art. 165 - Des agents publics non fonctionnaires	89
Art. 166 - L'indépendance professionnelle	89
Art. 167 - Le code de déontologie médicale	89
Art. 168 - La continuité du service	89
Art. 169 - La continuité et la coordination des soins	89
Art. 170 - L'obligation de développement professionnel continu	90
Art. 171 - L'éthique médicale	90
Art. 172 - Les devoirs envers les patients	90
Art. 173 - Le secret médical	91
Art. 174 - L'activité libérale	91
Art. 175 - Les sanctions disciplinaires	92
SECTION III PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET POLITIQUE SOCIALE	92
Art. 176 - L'attention portée à la prévention des risques professionnels	92
Art. 177 - Le service de santé au travail	93
Art. 178 - Le service social du personnel	93
Art. 179 - Accueil des nouveaux arrivants dans l'établissement	94
Art. 180 - Autres services à la disposition des personnels de l'établissement	94
CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE	96
SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES	97
Art. 181 - Finalités des règles de sécurité	97
Art. 182 - Pouvoir de police du Directeur : édition et mise en œuvre des règles de sécurité	97
Art. 183 - Les personnels chargés de la sécurité et de la sûreté	98
Art. 184 - Circonstances exceptionnelles	98
Art. 185 - Plan blanc d'établissement et plan départemental de mobilisation	99
Art. 186 - Matériels de sécurité générale	99
Art. 187 - Rapports avec l'autorité judiciaire	100
Art. 188 - Rapports avec les autorités de police	100
Art. 189 - Témoignages en justice ou auprès de la Police	100
Art. 190 - Responsabilité en matière de sécurité	100
Art. 191 - Opposabilité des règles de sécurité	101
Art. 192 - Garde de direction	101
SECTION II - REGLES DE SECURITE GENERALE	101
Art. 193 - La sécurité des biens	101
Art. 194 - La sécurité des personnes	102
Art. 195 - L'intervention des personnels du CHPC en cas d'urgence survenant à l'intérieur de l'établissement	102
Art. 196 - L'accès aux sites du CHPC, dispositions générales	102
Art. 197 - L'accès aux sites du CHPC, dispositions spécifiques	103
SECTION III - REGLES DE SECURITE PROPRES AU FONCTIONNEMENT	104
Art. 198 - La sécurité incendie	104
Art. 199 - La sécurité technique	105
Art. 200 - La sécurité informatique	105
SECTION IV - REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT	106
Art. 201 - Statut et destination de la voirie intérieure hospitalière	106
Art. 202 - Application du Code de la route	106
Art. 203 - Stationnement dans l'enceinte du CHPC	106
Art. 204 - Dispositions spécifiques	107
Art. 205 - Limite de responsabilité du CHPC dans l'utilisation de la voirie intérieure	107

Art. 206 -	Police de la voirie intérieure	107
Art. 207 -	Respect de la voirie intérieure	108
SECTION V - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES A LA SECURITE ET A L'HYGIENE		108
Art. 208 -	Hygiène à l'hôpital	108
Art. 209 -	Interdiction de fumer	109
Art. 210 -	Dispositions relatives à l'usage de boissons alcoolisées	110
Art. 211 -	Déchets hospitaliers	110
Art. 212 -	Tri du linge	110
CHAPITRE VII : APPROBATION, DISPOSITION ET MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR		111
Art. 213 -	Approbation du règlement intérieur	112
Art. 214 -	Mise à disposition du règlement intérieur	112
Art. 215 -	Mise à jour du règlement intérieur	112
Art. 216 -	Opposabilité du règlement intérieur	112
Annexes :		
Annexe 1 -	Composition des pôles d'activité à la date du 1 ^{er} janvier 2018	114
Annexe 2 -	Charte de la personne hospitalisée	118
Annexe 3 -	Charte utilisateur du système d'information du CHPC	119

Le présent règlement intérieur est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles du code de la santé publique et des codes de déontologie. Il se substitue aux dispositions antérieurement en vigueur. Il est complété par toutes dispositions portant règlement intérieur de structures hospitalières ou d'activités spécifiques, tels que les différentes chartes ou règlement spécifiques applicables le cas échéant dans divers secteurs, pôles ou services de l'établissement, qui se réfèrent au règlement intérieur de l'établissement et sont disponibles dans la gestion électronique des documents

Il vise à :

- ➔ Informer les patients, le personnel et les personnes morales extérieures sur le fonctionnement de l'Hôpital et l'organisation du séjour.
- ➔ Garantir le respect des droits et obligations des patients, inscrits dans la charte de la personne hospitalisée.
- ➔ Rappeler aux agents publics comme aux usagers des services leurs droits et leurs devoirs pour contribuer au bon fonctionnement du service public.

Le règlement intérieur a vocation à s'appliquer dans son intégralité.

Sans préjudice des dispositions figurant au règlement intérieur des établissements pour personnes âgées dépendantes "Le Gros Hêtre" et "Le Pays Valognais", ces derniers se voient appliquer les dispositions du Titre III relatives au personnel du Centre hospitalier.

S'agissant de leur organisation et de leur fonctionnement internes, l'institut de formation en soins infirmiers et l'internat de l'hôpital Louis Pasteur sont régis par les règles qui leur sont particulières.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Section I

Le CHPC : statut et missions

Section II

Principes fondamentaux et obligations

SECTION I - LE CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN : STATUT ET MISSIONS

Art. 1 - Le Centre hospitalier public du Cotentin, établissement public de santé

Le CHPC est un établissement public de santé. Il est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Son siège est fixé au 46 rue du Val de Saire - 50100 Cherbourg-en-Cotentin.

Le CHPC regroupe plusieurs sites hospitaliers :

- L'hôpital Louis Pasteur, sis 46 rue du Val de Saire - 50100 Cherbourg-en-Cotentin,
- L'hôpital Simone Veil, sis 1 avenue du 8 mai - 50700 Valognes,
- L'établissement pour personnes âgées dépendantes "Le gros hêtre" sis 2 rue Aristide Briand - 50130 Cherbourg-en-Cotentin,
- L'établissement pour personnes âgées dépendantes "Le pays valognais", sis 1 avenue du 8 mai - 50700 Valognes.

Le CHPC est membre fondateur du **Groupement Hospitalier de Territoire Gériatrique du Cotentin**. Il en est l'établissement support.

Tous les cinq ans, le CHPC détermine un **projet d'établissement** qui définit, notamment sur la base d'un **projet médical**, les objectifs généraux de l'institution dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, fixe les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Le CHPC conclut, par ailleurs, avec l'Agence Régionale de Basse Normandie un **contrat d'objectifs et de moyens**, pour une durée de cinq ans. Ce contrat arrête les orientations stratégiques du CHPC, en tenant compte des objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Basse Normandie et décrit notamment les transformations qu'il s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération externes.

Art. 2 - Missions du Centre hospitalier public du Cotentin

Les missions du CHPC sont définies à l'article L 6212-1 du Code de la santé publique. A ce titre, l'établissement est tenu d'assurer :

- ✓ La permanence des soins ;
- ✓ La prise en charge des soins palliatifs ;
- ✓ L'enseignement universitaire et postuniversitaire ;

- ✓ La recherche ;
- ✓ Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- ✓ La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- ✓ Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- ✓ L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- ✓ La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi que les associations qui œuvrent dans ce domaine ;
- ✓ Les actions de santé publique ;
- ✓ La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ;
- ✓ Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
- ✓ Les soins dispensés aux personnes retenues en application du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- ✓ Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

A travers ses deux plateaux techniques, l'un situé à l'hôpital Louis-Pasteur, à Cherbourg-en-Cotentin, l'autre à l'hôpital Simone Veil, le CHPC propose :

↳ Une offre de soins de proximité et de référence :

- nombreuses spécialités médicales (pneumologie, cardiologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, néonatalogie, oncologie, gastro-entérologie, hémodialyse, néphrologie...), chirurgicales (digestive, gynécologique, orthopédique, traumatologique, ORL, ophtalmologique, stomatologie) et obstétricales ainsi que des explorations fonctionnelles, de la médecine physique et réadaptation et des soins de suite ;
- des services de consultations spécialisées, dont une consultation de la douleur chronique, une unité mémoire, une antenne médico-psychologique, une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, - une équipe mobile d'évaluation gériatrique, un centre de périnatalité ;
- un service d'hospitalisation à domicile ;
- un service d'imagerie médicale (avec scanner, IRM), de radiothérapie, des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie, une antenne de l'établissement français du sang (EFS), une pharmacie et une stérilisation, un dépôt de délivrance de sang.

↳ Une mission de recours : maternité de niveau III, réanimation polyvalente, deux unités de SMUR, unité de soins intensifs de cardiologie, unité de soins intensifs neurovasculaires et unité de patients neurovégétatifs.

Les personnes âgées dépendantes sont prises en soins en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans la résidence du Gros Hêtre, implantée à Octeville, et celle du Pays Valognais à Valognes (au total, 347 places).

SECTION II - PRINCIPES FONDAMENTAUX ET OBLIGATIONS

Art. 3 - Principes fondamentaux du service public hospitalier

Le CHPC est soumis aux quatre principes fondamentaux qui régissent le fonctionnement du service public hospitalier, à savoir la continuité, l'égalité, la neutralité, et l'adaptation.

Art. 4 - Obligations

Le CHPC est tenu d'assurer la continuité du service de jour, de nuit et en urgence, ainsi que la continuité des soins y compris après la sortie du patient, notamment par l'organisation de gardes et astreintes.

Le CHPC garantit l'égal accès de tous aux soins qu'il dispense. Aucune discrimination ne peut être établie entre les patients. Le CHPC est ouvert à toute personne dont l'état requiert ses services : il doit admettre les patients en son sein ou s'assurer de leur admission dans un autre établissement de santé.

Les personnels du CHPC ont l'obligation de ne pas faire état de leurs opinions et leurs convictions dans l'exercice de leurs fonctions.

Le CHPC doit en outre s'attacher à adapter son offre de soins aux besoins des usagers et aux exigences de qualité, en procédant aux réorganisations et aux mutations qui s'imposent. L'établissement veille par ailleurs à l'application des principes posés par la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle 2006-90 du 2 mars 2006, qui est insérée dans le livret d'accueil et affichée dans les différents services du CHPC.

CHAPITRE II : L'ORGANISATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN

Section I

Les organes décisionnels et consultatifs

Section II

L'organisation des soins

SECTION I - LES ORGANES DECISIONNELS ET CONSULTATIFS

SOUS-SECTION 1 - LES ORGANES DECISIONNELS

Ils définissent et mettent en œuvre la politique générale du CHPC et possèdent un certain nombre d'attributions énumérées dans le code de la santé publique.

Art. 5 - Le Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur :

1. le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
2. la convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
3. le compte financier et l'affectation des résultats ;
4. toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5. le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
6. toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
7. les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. A tout moment le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L.6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

La durée des fonctions des membres du conseil de surveillance est de cinq ans. Il y a au minimum quatre séances par an, sur convocation du président ou sur demande du tiers des membres du conseil.

Art. 6 - Le Directeur

[1] Attributions

Le Directeur, président du Directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

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

Ses principales attributions après concertation avec le Directoire sont les suivantes :

1. Il conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
2. Il décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
3. Il arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
4. Il détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
5. Il fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations ;
6. Il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
7. Il arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L.6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.

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

[2] Délégation de signature

Le Directeur est assisté d'une équipe de direction.

Art. 7 - Le Directoire

Le Directoire est présidé par le Directeur d'Etablissement. Il appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite générale de l'Etablissement.

Le Directoire est doté des attributions suivantes :

- approbation du projet médical ;
- préparation du projet d'établissement (délibération du Conseil de surveillance), notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques ;
- conseil auprès du Directeur dans la gestion de la conduite d'établissement incluant notamment la concertation sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et du plan global de financement pluriannuel.

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour fixé par le Président.

Le Directoire comprend sept membres au maximum : sa composition actuelle est la suivante :

- Le Directeur ;
- Le Directeur adjoint - Direction des affaires financières et du système d'information ;
- La Directrice des soins ;
- Le Président de la CME (Praticien hospitalier) ;
- 3 Praticiens hospitaliers.

Les praticiens siégeant au Directoire - hormis le président de la CME - ne peuvent pas siéger au Conseil de surveillance.

Art. 8 - Le président de la Commission Médicale d'Etablissement

Il est le 1^{er} vice-président du Directoire. Il élabore avec le Directeur et, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical d'établissement. Il en assure la mise en œuvre et en dresse le suivi annuel. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il est chargé conjointement avec le Directeur de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement et assure de ce fait les missions suivantes :

- 1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- 2° Il veille à la coordination de la prise en charge des patients ;
- 3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et à l'innovation thérapeutique ;
- 4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- 5° Il présente un rapport annuel au directoire et au conseil de surveillance sur la mise en œuvre de la politique médicale d'établissement.

SOUS-SECTION 2 – LES ORGANES CONSULTATIFS ET INSTANCES SPECIALISEES

Art. 9 - Les organes consultatifs

Les organes consultatifs sont :

- une **Commission Médicale d'Établissement** dont les compétences sont énumérées à l'article R.6144-3 du Code de la santé publique et qui représente au sein de l'établissement les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

La commission médicale d'établissement est un organe consultatif visant à associer le corps médical à la gestion de l'établissement. Son rôle s'articule autour de deux axes :
D'une part, elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Pour cela, elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

D'autre part, elle est consultée sur différentes matières :

I- La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 ;
- 4° l'organisation interne de l'établissement mentionné au 7° de l'article L.6143-7. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;

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

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique de formation des étudiants et internes ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L.6112-2 ;
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux ;

- un **Comité Technique d'Etablissement** dont les compétences sont énumérées à l'article R.6144-40 du Code de la santé publique et qui représente au sein de l'établissement les personnels relevant du titre IV du Statut général des fonctionnaires ;

Il est obligatoirement consulté sur :

1. Les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 : le projet d'établissement mentionné à l'article L.6143-2, les conventions passées en application de l'article L.6142-5, le compte financier et l'affectation des résultats, toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur, toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance, les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
2. Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
3. Le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 ;
4. L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L.6143-7 ;
5. Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
6. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
7. Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
8. La politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
9. Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
10. La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
11. 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 ;
12. le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.6114-1.

- une **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques**, prévue par l'article L.6146-90 du Code de la santé publique et qui représente au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels des services de soins.

La CSIRMT vise à associer les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement.

L'article R6146-10 du CSP prévoit limitativement le rôle de la CSIRMT.

Elle est consultée pour avis sur :

- 1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- 2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des patients;
- 3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- 4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 6° La politique de développement professionnel continu ;
- 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire.

La CSIRMT est informée sur :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 ;
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement coordonnateur général des soins.

La composition, les modalités de désignation et les attributions de ces instances sont précisées dans leurs règlements intérieurs respectifs.

Art. 10 - Les instances spécialisées relatives au personnel

Les instances spécialisées relatives au personnel sont :

- Le **Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)**,
L'article L.4611-1 du code du travail impose aux entreprises et établissements de plus de 50 salariés la mise en place d'un CHSCT. Ce comité contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Deux CHSCT sont constitués au CHPC.

Parmi ses attributions, le CHSCT est obligatoirement consulté :

- Avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ;
- Sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies mentionnés à l'article L.2323-29 sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs ;

- Sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L.2323-30 ;
- Sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail ;
- Sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur ;
- Sur le rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail ;
- Sur le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

La composition, les modalités de désignation et les attributions de ces instances sont précisées dans leurs règlements intérieurs respectifs.

➤ **La Commission Administrative Paritaire (CAP).**

La composition, les modalités de désignation et les attributions de ces instances sont précisées dans leurs règlements intérieurs respectifs.

Art. 11 - Les instances spécialisées relatives à la qualité et à la sécurité des soins

Ces instances sont notamment :

- Le Comité Qualité (CQ) ;
- Le Comité de gestion des risques et des vigilances (CGDRV) ;
- Le Comité de Pilotage du Dossier Patient (Copil DPI) ;
- le Comité de Lutte contre la Douleur – Soins Palliatifs (CLUD-SP) ;
- Le Comité d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle (CSTH) ;
- Le Comité d'identito-vigilance (CIV) ;
- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- La Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- Le Comité de Suivi des Urgences Vitales (CODEVI) ;
- Le Comité de pilotage du Plan Blanc (COPIL Plan Blanc) ;
- Le Comité de sécurité informatique (CSSI).

La composition et les attributions de ces comités sont détaillées dans leurs règlements intérieurs spécifiques.

Art. 12 - Les instances spécialisées relatives à l'activité médicale

Ces instances sont :

- La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) ;
- La Commission de l'Activité Libérale ;
- La Commission Développement Professionnel Continu.

La composition et les attributions de ces comités sont détaillées dans leurs règlements intérieurs spécifiques.

Art. 13 - La commission des usagers (C.D.U.)

Plusieurs médiateurs institutionnels médicaux et non médicaux sont désignés dans l'établissement pour participer aux médiations organisées suite à une insatisfaction exprimée par un patient ou sa famille.

Conformément à l'article R1112-80 du code de la santé publique :

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

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R.1112-93 et R.1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

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

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L.6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze derniers mois précédents ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L.1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L.1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- Une présentation au moins une fois par an des événements indésirables graves mentionnés à l'article L.1413-14 survenus au cours des douze derniers mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier ;

- Les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives garantissant l'anonymat des patients et des professionnels concernés ;
- Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel présenté au Conseil de surveillance.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de surveillance ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle cette dernière délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

4° La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L.1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

Sa composition et ses attributions sont détaillées dans son règlement intérieur.

Art. 14 - Le Comité d'Éthique

Afin de développer une culture éthique et d'échanger sur des problématiques concrètes rencontrées par les professionnels des établissements de santé et des établissements médico-sociaux du Nord Cotentin, un comité d'éthique a été constitué au sein du CHPC. Ce comité regroupe les professionnels des différents établissements qui ont souhaité le composer. Il se réunit en assemblée plénière trois fois par an et propose un accès aux sujets traités présentés en séance.

La composition et les modalités de fonctionnement du comité d'éthique sont précisées dans son propre règlement intérieur.

Le comité éthique adhère à l'espace régional éthique de Normandie et collabore avec celui-ci.

SECTION II – L'ORGANISATION DES SOINS

Art. 15 - L'organisation en pôles d'activités cliniques ou médico techniques

Sur le plan médical, le CHPC est organisé en pôle, regroupant différentes activités cliniques ou médico techniques. Chaque pôle est placé sous la responsabilité d'un chef de pôle, nommé par le Directeur de l'établissement, sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement. Le Chef de pôle, qui doit être un praticien hospitalier temps plein de l'établissement, est nommé pour une durée de 4 ans renouvelables.

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

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle.

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle. Il organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Par ailleurs, des conférences de pôles sont organisées annuellement par la Direction et les directions fonctionnelles afin de passer en revue les projets et les orientations du pôle et définir en commun une feuille de routes pour l'année suivante.

Le CHPC compte 6 pôles. Leur composition figure en annexe du présent règlement intérieur.

Art. 16 - L'organisation en structures internes, en services et en unités fonctionnelles

Chaque pôle est composé de structures internes, services ou unités fonctionnelles. Les services constituent les structures de base de l'hôpital autour desquelles sont organisés les soins et le fonctionnement médical. Les services sont constitués généralement d'unités fonctionnelles de même discipline. Les unités fonctionnelles sont définies comme étant les structures élémentaires de prise en charge des patients par une équipe soignante ou médico technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation, ainsi que les structures médico techniques qui leur sont associées.

Dans les centres hospitaliers, les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle. Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Les fonctions de chef de service peuvent être exercées par des praticiens titulaires relevant d'un statut à temps plein ou à temps partiel. Le chef de service assure la conduite générale du service. Il organise son fonctionnement technique dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Il élabore un projet de service avec ses équipes et arrête dans ce cadre l'organisation générale, les orientations d'activité et les actions d'évaluation des soins.

Art. 17 - Coordination des soins dispensés aux patients

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

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

Art. 18 - La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques est confiée à un directeur des soins coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur.

Ce coordonnateur général gère l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Il est également membre du directoire, préside l'instance soignante du groupement hospitalier et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques.

CHAPITRE III : L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS

Section I

Dispositions générales

Section II

Dispositions particulières

SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES

SOUS-SECTION 1 - LES MODES D'ADMISSION

Art. 19 - La prononciation de l'admission

L'admission est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis et alors que les disponibilités en lits permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur de l'Agence régionale de santé.

Art. 20 - L'admission programmée et l'admission directe

[1] L'admission programmée

Hormis les cas d'urgence identifiés par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, l'admission au CHPC est programmée et décidée sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement, attestant de la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans indiquer l'affection qui motive l'admission. Ce certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation interne, donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

[2] L'admission directe

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.

Art. 21 - L'admission en urgence

[1] La prononciation de l'admission en urgence

Si l'état de santé d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, l'admission est prononcée même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés au CHPC.

[2] L'information de la famille

Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que la famille ou les personnes désignées par le patient et, notamment la personne de confiance, soient prévenues, dans le respect des dispositions relatives à la discrétion de l'admission de l'intéressé, et en tenant compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation. La mention de l'information est notée dans le dossier du patient.

En cas de transfert dans un autre établissement de santé ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information de la personne de confiance et des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles et du médecin traitant est assurée.

[3] Inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant aux urgences. Les objets précieux détenus par le patient peuvent être mis en dépôt.

[4] Le refus d'hospitalisation du patient

Tout patient dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans le CHPC pour y recevoir les soins appropriés, doit signer une attestation traduisant expressément ce refus, après avoir été informé des risques encourus. A défaut, un procès-verbal de refus d'admission est dressé par deux agents hospitaliers.

[5] Le transfert après les premiers secours

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

Art. 22 - L'admission à la suite d'un transfert

L'admission au CHPC d'un patient transféré d'un autre établissement hospitalier, ne disposant pas des disciplines, techniques ou moyens que l'état de santé du patient requiert, est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ou du département ayant originellement 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 plus adapté à son état de santé.

SOUS-SECTION 2 - L'ADMISSION ET LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

Art. 23 - Les pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, sous réserve des dispositions dérogatoires liées à l'urgence ou à la demande d'anonymat prévue par la réglementation en vigueur, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient, au vu d'une pièce d'identité, et relatives aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau du mouvement :

1. Sa carte d'assuré social (carte Vitale ou dernière carte d'immatriculation), permettant de présumer l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
2. Une pièce d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour, passeport...)

3. En cas d'admission en maternité, le carnet de maternité ;
4. Un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur.
5. Le livret de famille, le cas échéant, en vue de la déclaration de naissance de l'enfant en mairie.

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.

Si le patient n'est pas assuré social, et sauf admission au bénéfice de l'aide médicale, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation, à moins que la programmation de l'admission programmée ne soit accompagnée de la demande de versement des frais provisionnels d'hospitalisation ou de consultation externe.

Lorsque le patient est affilié auprès d'un organisme mutualiste conventionné avec l'établissement ou lorsque l'attestation de prise en charge intégrale des soins par cet organisme est présentée quinze jours au plus après ces derniers, le montant à la charge de l'organisme mutualiste est facturé directement à ce dernier.

A leur sortie, les patients ont la possibilité d'acquitter auprès d'un régisseur de recettes ou auprès de la Trésorerie Principale, le montant des frais correspondant au séjour hospitalier ou aux actes externes effectués et cotés. Le recouvrement des frais de soins peut être également effectué au vu du titre de recettes établi par l'établissement.

SOUS-SECTION 3 - LES REGIMES DE PRISE EN CHARGE

Art. 24 - Le principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'hôpital, conformément aux principes de la Charte de la laïcité.

Art. 25 - Accès aux soins des personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent au CHPC. En conséquence, l'établissement a mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Art. 26 - Les régimes d'hospitalisation

Les patients ont le choix de leur régime d'hospitalisation. Les régimes dérogatoires au droit commun sont le régime particulier et le régime libéral. Chaque patient a la possibilité soit d'être admis en régime commun, soit de demander à être admis en régime particulier ce qui peut lui permettre de bénéficier d'une chambre particulière. Le choix pour le régime d'hospitalisation doit être formulé par écrit dès l'admission, par le patient lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

[1] Le régime particulier

Le patient a la possibilité d'être admis en régime particulier pour bénéficier d'une chambre seule. Le choix du régime particulier entraîne un supplément au prix de journée. Ce supplément de prix n'est pas dû lorsque l'isolement du patient en chambre à un lit est requis par son état de santé.

[2] Le régime libéral

Comme le prévoit l'article L-6154-1 du code de la santé publique, les praticiens statutaires exerçant à temps plein peuvent exercer une activité libérale au sein de l'établissement public où ils sont nommés.

Conformément à l'article L-1111-3 du code de la santé publique, les patients doivent avoir été préalablement informés des tarifs pratiqués dans le cadre de l'activité libérale. Le montant des honoraires médicaux est fixé par entente directe entre le praticien et le patient. Il doit faire l'objet d'un affichage.

En cas d'hospitalisation, le patient souhaitant être traité en secteur libéral doit formuler son choix par écrit.

Les honoraires dus au titre de l'activité libérale du praticien sont définies comme créances privées et à ce titre, recouvrées pour son compte, par lui-même ou par le biais de l'établissement de santé. Les actions contentieuses relatives à un non-paiement de ces frais sont à la charge du praticien.

Art. 27 - Les régimes de consultations et de soins externes

Les patients peuvent recevoir des soins en consultations externes publiques. Des consultations externes peuvent être également effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers. Le choix du secteur libéral de consultation externe implique que les honoraires médicaux soient fixés par entente directe entre le praticien et son patient. Ces derniers doivent faire l'objet d'un affichage.

Un tableau général des consultations externes pratiquées dans les services est arrêté chaque année par la Commission Médicale d'Etablissement. Les tarifs des consultations sont affichés à la vue du public. Par convention conclue entre le CHPC et les organismes d'assurance maladie, le CHPC est dispensé de la rédaction de feuilles d'assurance maladie.

SOUS-SECTION 4 - L'ACCUEIL DES PATIENTS

Art. 28 - L'accueil des patients

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

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

Le patient est invité lors de son admission à désigner une personne à prévenir et une personne de confiance.

Pour les personnes non accompagnées souffrant d'un handicap visuel et sur demande préalable de leur part, un membre du personnel de l'accueil ou du bureau des entrées, en fonction de sa disponibilité, accompagne le patient jusqu'au service de soin.

Art. 29 - Les informations délivrées au patient

Un livret d'accueil est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du CHPC. Il contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret ainsi qu'un questionnaire de satisfaction. Ce livret est mis à jour régulièrement. Il peut être complété par les livrets d'accueil spécifiques propres à certains services de soins ou activités. Le livret d'accueil est mis à disposition des consultants externes, sur leur demande.

Le patient est informé que, sauf opposition justifiée de sa part, les informations recueillies lors de sa prise en charge font l'objet d'un enregistrement informatique.

Chaque patient reçoit par ailleurs un questionnaire de satisfaction sur lequel il peut consigner ses observations, critiques et suggestions et qu'il peut déposer à sa sortie.

La grille des tarifs appliquée par le Centre hospitalier est affichée au niveau du bureau des mouvements ainsi que dans chaque unité d'hospitalisation et salle d'attente permettant ainsi à tous les patients d'en prendre connaissance.

SOUS-SECTION 5 - LES CONDITIONS DE SEJOUR

Art. 30 - Information des familles et discrétion demandée par les patients

[1] Information des familles

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leur famille. En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical – telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins et sages-femmes dans les conditions définies par les codes de déontologie. Les renseignements d'ordre général sur l'état du patient peuvent être fournis par les équipes soignantes aux membres de la famille, sauf si le patient s'y oppose.

[2] Discrétion demandée par les patients

A l'exception des mineurs qui sont de principe soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière, à toute personne ou aux personnes qu'ils désigneront, sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

Art. 31 - Dépôt et restitution des biens

[1] Dépôt des biens du patient

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer le dépôt des biens de valeur en sa possession. Les dépôts volontaires de sommes d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur peuvent être effectués soit entre les mains d'un régisseur de recettes de l'établissement, soit par l'intermédiaire des professionnels du service de soins, contre délivrance d'un reçu. La demande de dépôt d'objets non précieux est, de principe, refusée par l'établissement.

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

[2] Périmètre des biens et valeurs déposés

Les dépôts des sommes d'argent, des titres, de bijoux et valeurs mobilières, des moyens de règlement sont à effectuer au coffre et doivent correspondre aux valeurs acceptées par la Trésorerie.

Les autres biens (carte d'identité, carte de sécurité sociale, clefs) sont conservés par le patient auprès de lui ou mis dans un sac vestiaire (dans ce cas leur présence doit être tracée sur la fiche vestiaire)

Les effets personnels (habits, chaussures, sac à main etc..) sont laissés dans la chambre du patient hospitalisé.

[3] Traçabilité du consentement des dépôts

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont il est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant, et le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement. Cet inventaire constitue un élément du registre ci-dessus.

Si le patient est conscient et qu'il accepte de déposer ses biens et valeurs, le service de soins lui fait signer le reçu d'information et le conserve dans son dossier. Les valeurs sont alors déposées au coffre.

Si le patient est conscient et qu'il refuse de déposer ses biens et valeurs, le personnel du service de soins lui fait signer le refus de dépôt. Cette décharge est conservée dans son dossier.

[4] Traçabilité du consentement des dépôts

Les dépôts volontaires sont remis, après inventaire écrit et contresigné effectué dans le service de soins par le personnel soignant, au régisseur de dépôt de l'établissement. Ces dépôts sont gardés temporairement dans un coffre puis déposés à la Trésorerie par le régisseur habilité.

[5] Restitution des biens du patient

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient soit par un régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité lorsque la restitution est faite au déposant. Le patient peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

En cas de décès du patient, aucune valeur déposée au coffre de la régie ne peut être remise à un membre de la famille ou à un proche du défunt. La famille du patient est informée du dépôt. L'ensemble des valeurs déposées doit être transmis à la Trésorerie du CHPC chargée de faire le lien avec la succession.

Les biens n'ayant pas fait l'objet d'un dépôt, non repris ou oubliés à l'issue du séjour dans un service de soins, sont conservés par ce dernier. Si, à l'issue d'un délai d'un an et un jour, ils n'ont fait l'objet d'aucune demande de restitution, ils sont considérés comme la propriété du CHPC.

Art. 32 - L'exercice du droit de visite

[1] Modalités du droit de visite

Les visites aux hospitalisés ont lieu en règle générale tous les jours l'après-midi, selon des horaires définis dans les services et portés à la connaissance des familles par voie d'affichage à l'entrée des unités de soins concernées. Des dérogations aux horaires de visite peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service. Les visiteurs doivent respecter les règles d'hygiène spécifiques, dans les services hospitaliers qui l'exigent, tel le port de vêtement ou de masques de protection.

Les patients peuvent demander aux membres de l'équipe soignante de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

La visite des patients dans les services d'hospitalisation est par ailleurs vivement déconseillée aux enfants de moins de douze ans.

[2] Comportement des visiteurs

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

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les chambres des patients des boissons alcoolisées ou des produits toxiques de quelque nature qu'ils soient.

L'introduction de denrées alimentaires autres que celles fournies par l'établissement est, par principe, interdite. Outre le fait qu'elle peut aller à l'encontre des prescriptions médicales, elle aboutit à des conditions de conservation non conformes aux exigences réglementaires et entraîne ainsi un risque pour la santé.

En conséquence, l'établissement ne peut être tenu responsable des conséquences engendrées par la consommation de denrées dont il ne maîtrise pas le circuit.

Il est interdit de fumer ou de vapoter dans les locaux hospitaliers. Cette interdiction s'étend à l'usage de la cigarette électronique/vapoteuse/ e-cigarette ou tout dispositif similaire, conformément à l'article L. 3511-7 du Code de Santé Publique.

Le nombre des visiteurs pourra être limité par décision du médecin chef du service.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur ou son représentant, après avis du responsable médical de l'unité de soins correspondante.

Art. 33 - Le service des repas dans les services de soins

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient soit collectivement dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

[1] Repas aux accompagnants

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés, sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas sont facturés au tarif "visiteur" fixé annuellement par le CHPC.

[2] Détermination des menus

Les menus des repas sont arrêtés chaque semaine, par une commission des menus comprenant notamment une diététicienne ; ils sont communiqués à chaque service.

L'hospitalisé dont le régime alimentaire est le régime normal a la possibilité de choisir entre plusieurs mets. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis. L'accord du médecin est requis.

Le CHPC n'est pas responsable de l'innocuité des denrées alimentaires éventuellement introduites par les visiteurs.

Art. 34 - Le comportement des hospitalisés

La vie hospitalière requiert du patient le respect d'une certaine discipline qui s'exerce dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres patients.

[1] Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans l'autorisation d'un membre du personnel soignant. Leur état de santé et le bon fonctionnement du service hospitalier peuvent imposer certaines restrictions à leur liberté d'aller et venir. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir de 21h00, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

[2] Désordres causés par le patient

Le comportement ou les propos des hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service. Lorsqu'un patient dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Des dégradations commises volontairement peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient dans les conditions évoquées au paragraphe précédent.

[3] Hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène personnelle est de règle. Chacun est tenu de l'observer.

Art. 35 - Effets personnels

Les hospitalisés sont tenus d'apporter dans l'établissement leur nécessaire de toilette, leur linge et effets personnels. Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve ses vêtements et son linge personnels, dont il assure l'entretien. En cas de nécessité, le CHPC met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, du linge et des vêtements appropriés.

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

Art. 36 - Les moyens de communication - courrier, téléphones, mobiles et objets connectés

Le vagemestre du CHPC est à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales. La collecte et la distribution du courrier ordinaire sont organisées chaque jour au sein du service.

Les hospitalisés ont la possibilité de souscrire un abonnement pour l'usage d'un appareil téléphonique dans leur chambre. Ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Si les hospitalisés ne disposent pas d'un appareil téléphonique dans leur chambre, ils peuvent recevoir des communications téléphoniques au sein du service, dans la mesure où celles-ci ne perturbent pas le fonctionnement du service.

Afin de ne pas perturber la tranquillité des usagers, de leurs familles et des professionnels, et le bon déroulement des soins, l'usage des téléphones portables ou objets connectés peut être restreint, à l'initiative des professionnels de santé. Dans certaines zones et unités de soins sensibles, leur utilisation peut être totalement interdite. Toutefois, les usagers et les visiteurs peuvent utiliser leurs téléphones portables ou objets connectés, sous réserve de discrétion, dans les halls d'entrée des bâtiments ou zones d'accueil des étages.

Les agents dans l'exercice de leurs missions ou des sociétés extérieures amenées à travailler dans l'enceinte du CHPC ont la possibilité d'utiliser leurs téléphones portables ou objets connectés sous réserve de discrétion et de confidentialité, et dans le respect du bon fonctionnement du service.

En cas de non-respect de cette prescription, l'usage du téléphone mobile ou objet connecté pourra être restreint.

Art. 37 - Les appareils de télévision, de radio, les ordinateurs, les tablettes et objets connectés

Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement. La location des postes de télévision installés dans les chambres est gérée par un prestataire choisi par l'établissement et soumise à facturation.

En aucun cas, les récepteurs de télévision, de radio, ou tout autre appareil sonore, ne doivent gêner le repos des patients.

Le branchement d'un micro-ordinateur personnel et de ses périphériques éventuels sur les installations électriques de l'établissement est soumis à l'accord exprès et préalable du cadre de service. Un accès au haut débit est proposé sur certains sites par l'établissement. Le propriétaire de l'appareil en assure dès lors l'entière responsabilité.

Dans tous les cas, l'utilisateur doit se conformer aux principes énoncés dans le règlement d'utilisation des moyens informatiques du CHPC et de la charte d'utilisation des moyens loués par le patient auprès du titulaire de la convention.

Art. 38 - Prise de vue et utilisation de l'image

Le respect de l'image et de l'intimité s'applique à tous : aux patients, aux proches, aux usagers, aux visiteurs et aux équipes de soins. Il est formellement interdit de filmer, de photographier ou d'enregistrer au sein du CHPC, à l'exception d'images strictement personnelles où aucun élément (visuel ou légende) ne permet de reconnaître le CHPC, d'autres patients, des visiteurs ou des personnels du CHPC.

De ce fait, la diffusion d'informations et de photos relevant de l'activité du CHPC, de ses équipes et de ses patients sur les réseaux sociaux et autres médias est soumise à l'autorisation de la Direction du CHPC. En cas de non-respect de cette disposition, des poursuites pour atteinte à la vie privée ou à l'image du CHPC peuvent être envisagées.

Dans le cadre de son activité, le CHPC peut conduire des actions de communication interne et externe. Toute personne est en droit de refuser d'être photographiée ou filmée. En cas d'accord, toute personne ou son représentant légal doit préalablement, à la captation ou à la diffusion de son image, donner son consentement par écrit. Dans le cas particulier des mineurs ou des incapables majeurs, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du titulaire de l'autorité parentale, dès lors qu'ils sont capables de discernement.

Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Par ailleurs, les personnes devant obtenir ce consentement sont invitées à contacter la Direction de la Communication pour retirer un document type d'autorisation de droit à l'image.

Le stockage d'images, et notamment la prise d'image de la personne à finalité médicale, doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la CNIL.

Art. 39 - Pratiques religieuses

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients, comme des principes de la Charte de la Laïcité. Les coordonnées des ministres des différents cultes (catholique, musulman, protestant et israélite) sont indiquées dans le livret d'accueil. Une équipe d'aumônerie hospitalière intervient également dans l'établissement.

Art. 40 - Droits civiques

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

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

En outre, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du service où il est hospitalisé, en présence d'un officier d'état civil désigné par le procureur de la République.

Art. 41 - Les stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et les professionnels au sein du CHPC doivent obligatoirement faire l'objet d'une convention signée, entre ce dernier et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire, avant l'entrée en stage.

Les stagiaires de moins de 18 ans ne sont pas autorisés à intervenir auprès des patients.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage. Les obligations de secret et de discrétion professionnels leur sont, entre autres, opposables.

Art. 42 - Les bénévoles - Les associations de bénévoles

L'hôpital facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement de l'hôpital et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du CHPC doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec lui une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent également lui fournir la liste nominative des personnes qui interviendront au sein du CHPC. Les visiteurs doivent porter un badge indiquant leur identité et leur qualité.

Les bénévoles intervenant au sein du CHPC au titre des diverses associations de visite et d'aide aux patients sont tenus au respect du présent règlement intérieur, à l'obligation de secret et de discrétion professionnels et au respect de la dignité et de l'intégrité de la personne soignée notamment. En cas de non observance de ces obligations, le Directeur ou son représentant peut prononcer l'exclusion de l'intervenant extérieur. Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

SOUS-SECTION 6 - LE SERVICE SOCIAL

Art. 43 - Les missions du service social

Le service social hospitalier a pour mission d'aider les patients, leurs familles ou entourage qui connaissent des difficultés sociales en lien avec la maladie, à prévenir ou surmonter ces difficultés, à maintenir ou retrouver leur autonomie et éventuellement à faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

Dans le respect des personnes, et avec leur accord, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social.

Ils conseillent et accompagnent les patients dans l'objectif d'améliorer leurs conditions de vie tant sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel.

Une assistante sociale exerce les mêmes fonctions au bénéfice des personnels de l'établissement.

Auprès des personnes hospitalisées, le service social favorise le maintien ou l'accès aux soins et aux droits sociaux des patients.

En liaison directe avec les services de soins et administratifs du CHPC et en interface avec les services extérieurs à l'établissement, le service social accompagne le patient et facilite l'organisation de son retour ou de son maintien à domicile. Si les besoins du patient l'exigent et en accord avec celui-ci, il accompagne l'admission vers une structure sociale ou médico- sociale adaptée.

Le service social se situe en interface avec les services extérieurs, il fait le lien avec les travailleurs sociaux compétents, les associations, la ville.

Il peut informer et orienter sur les questions d'ordre professionnel, juridique.

Personnels hospitaliers, les assistants sociaux développent des liaisons fonctionnelles approfondies avec les services de soins, ils acquièrent une bonne connaissance des pathologies et leurs répercussions sur le quotidien et la vie sociale des personnes soignées. Leur implication dans le processus de soins et la qualité de prise en charge globale du patient les amène à partager, avec l'accord de celui-ci, les informations qui ne sauraient être partagées en dehors de ce cadre.

Art. 44 - Modalités de recours au service social

Les assistants sociaux interviennent dans les services suivants :

- unités de soins

Urgences

Médecines, Chirurgies, Obstétrique, SSR, HAD

Unité Evaluation Neuro Gériatrique

- consultations

Infectiologie- Patients suivis dans le cadre du VIH

Douleur

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (permanences internes et externalisée) - accueil physique et téléphonique au service social hospitalier durant les jours ouvrables du lundi au vendredi.

Le service social est à la disposition des personnes hospitalisées et de leurs familles sur l'ensemble des sites, durant les jours ouvrables du lundi au vendredi.

SOUS-SECTION 7 - LA SORTIE

Art. 45 - Permissions de sortie

L'hospitalisé peut, compte tenu de la longueur de son séjour ou de son état de santé, bénéficier à titre exceptionnel de permissions de sortie, soit de quelques heures durant la journée, soit d'une durée maximum de 48 heures hors délai de route. Le transport de l'intéressé est à sa charge ou à celle de sa famille, sauf cas particulier prévu par la réglementation en vigueur. Ces permissions sont autorisées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant.

Lorsqu'un patient autorisé à quitter le CHPC en permission ne rentre pas dans les délais fixés, il est porté sortant et ne peut être admis à nouveau dans l'établissement qu'après accomplissement des formalités d'entrée et dans la limite des places disponibles.

Art. 46 - Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne justifie plus son maintien dans l'un des services du CHPC, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable. La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps ou à défaut à la gendarmerie.

A la sortie du patient, lui sont remis outre la lettre de liaison, le bulletin de sortie, les certificats médicaux et ordonnances nécessaires à la continuité des soins. Le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre ; il doit recevoir toutes les informations propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, une surveillance.

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert d'un patient vers un établissement de soins de suite et de réadaptation ou vers un établissement de soins de longue durée.

Au cas où l'usager se trouve en situation de précarité, toutes dispositions sont mises en œuvre notamment par le service social du CHPC, pour assurer ou favoriser son placement dans une structure adaptée à sa situation, pour lui apporter toute aide en vue de la résolution de ses difficultés, notamment s'il y a lieu, par la constitution d'un dossier de demande d'attribution du revenu de solidarité active ou d'un dossier de demande d'admission au bénéfice de la couverture maladie universelle de base. Les modalités de la sortie des patients sont consignées dans leur dossier.

Art. 47 - Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes placées sous un régime d'hospitalisation sans consentement ou des détenus, les patients peuvent sur leur demande quitter à tout moment le CHPC.

Si le médecin chef de service estime que la sortie du patient est prématurée compte tenu de son état de santé, et présente un danger pour lui, ce dernier n'est autorisé à quitter le CHPC qu'après avoir rempli et signé une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers que la sortie présentait. Lorsque le patient refuse de remplir et de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux agents hospitaliers.

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

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

Art. 48 - Sortie après refus de soins

Lorsque le patient n'accepte pas les traitements prescrits, les interventions ou soins proposés, et sauf cas d'urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés, la sortie d'un patient après refus de soins ne peut être empêchée. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux agents hospitaliers.

Art. 49 - Sortie à l'insu du service

Lorsqu'un patient majeur quitte le CHPC sans prévenir, que les recherches dans l'établissement restent vaines, et que le médecin responsable estime que l'état du patient permet sans danger la sortie, celle-ci est prononcée.

Si le médecin estime que la sortie clandestine met en danger l'intégrité physique du patient ou compromet son état de santé, des recherches sont effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par l'autorité de police ou de gendarmerie contactée.

Pour un mineur, la famille est immédiatement prévenue de la sortie clandestine. Si la ou les personnes exerçant l'autorité parentale signent l'attestation de sortie contre avis médical, la sortie du mineur est prononcée. A défaut, l'autorité de police est contactée en vue d'effectuer d'éventuelles recherches.

Si le patient ne regagne pas le service, un rapport est adressé dans les 24 heures au Directeur ou à son représentant.

Art. 50 - Sortie du nouveau-né

Sous réserve des cas particuliers (prématurés, nécessité médicale, force majeure constatée par le médecin responsable), le nouveau-né quitte le CHPC en même temps que sa mère.

Art. 51 - Transport en ambulance

Si, lors de la sortie, l'état de santé du patient nécessite un transport en véhicule sanitaire ou non sanitaire, et uniquement sur prescription médicale préalable, le médecin détermine le mode de transport adapté à l'autonomie du patient (ambulance, VSL, taxi conventionné, voiture particulière...). La prise en charge des frais de transports est règlementée par l'Assurance Maladie : elle est soumise à une prescription médicale qui indique le moyen le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient. Le remboursement n'est pas systématique ; tous les transports ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, même en cas d'affection de longue durée (ALD - décret n° 2011-258 du 10 mars 2011).

Dans le cas d'une permission de sortie (tolérance médicale de moins de 48h), les frais de transport ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. Le CHPC tient à disposition des patients la liste des entreprises de transport sanitaire agréées dans le département. Les frais occasionnés par le transport sont à la charge du patient ou de son organisme de prévoyance sociale.

Lorsque pendant l'hospitalisation le transport est effectué à la demande du CHPC et dans le cadre de la prise en charge médicale du patient, l'entreprise de transport est choisie par l'établissement et le transport est à sa charge.

Art. 52 - Sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un 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, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur ou son représentant peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale ou un autre hôpital. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est faite au préalable au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

SOUS-SECTION 8 - MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES

Art. 53 - Attitude à suivre à l'approche du décès

Pour toute aggravation de l'état de santé du patient, sa famille ou ses proches doivent être prévenus sans délai par un agent du CHPC dûment habilité et par tous les moyens appropriés.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service.

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

Art. 54 - Constat du décès

Le décès est constaté par un médecin qui établit le certificat de décès conformément à la réglementation. Ce document est communiqué au bureau du mouvement en vue de la déclaration en mairie. Les décès sont inscrits sur le registre des décès. La déclaration en est transmise dans les 24 heures au bureau de l'Etat civil de la commune du lieu de décès, sauf en cas de dispositions convenues avec cette administration.

Un procès-verbal de constat de la mort attestant du décès, et plus précisément à la suite d'un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, est réalisé. Dans le cas d'un prélèvement à des fins thérapeutiques, un procès-verbal attestant du décès d'une personne assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique, est établi sur un volet d'un imprimé interne.

Le constat ou certificat de décès est établi via la déclaration informatique dédiée sur le site de l'INSERM (<https://sic.certdc.inserm.fr/login.php?etab=500000187>), de façon à permettre une alerte précoce de surmortalité.

Art. 55 - Annonce et notification du décès

Les familles ou les proches doivent être prévenus, dès que possible et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de l'état de santé du patient, et du décès de celui-ci.

La notification du décès est faite :

1. Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
2. Pour les militaires, à l'autorité compétente ;
3. Pour un mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance, au chef de service de l'aide sociale à l'enfance ou à défaut le cadre de garde de cette institution ;
4. Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne ayant la garde du mineur ;
5. Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, au mandataire spécial ;
6. Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
7. Pour les personnes non identifiées, au Commissariat de police.

Art. 56 - Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

La délivrance d'un acte d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions de l'Instruction relative à l'Etat civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du CHPC.

Le médecin, praticien ou sage-femme établit un certificat médical d'accouchement. L'établissement de ce certificat implique le recueil d'un corps formé et sexué.

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 les 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 heures et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

Art. 57 - Indices de mort suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort suspecte d'un patient, un **obstacle médico-légal (OML)** peut être apposé. La mort suspecte s'entend comme une situation où les circonstances de survenue de l'évènement ayant causé le décès ne sont pas élucidées. Cette situation est à différencier de la mort violente dont les circonstances de survenue sont clairement établies.

Lorsque le médecin déclare un OML, il doit en renseigner les raisons dans le dossier médical. De même, le certificat de décès doit mentionner qu'il existe un OML qui suspend les opérations funéraires jusqu'à la décision de levée de cette suspension par les autorités judiciaires.

Dans les cas de signes ou d'indices de mort suspecte d'un patient, le médecin, en lien avec le Directeur ou son représentant, avise l'autorité judiciaire (Service de police ou de gendarmerie ayant les compétences territoriales pour agir), conformément à l'article 81 du code civil, et suivant la procédure interne en vigueur.

La déclaration d'un OML entraîne une enquête de police et l'intervention d'un médecin légiste sur réquisition du procureur. Le médecin légiste procède selon les circonstances à un examen de corps et/ou à une autopsie médico-légale. Le corps n'est restitué à la famille qu'après autorisation du procureur.

Art. 58 - Toilette mortuaire et inventaire après décès

Après le décès médicalement constaté, le personnel paramédical du service procède à la toilette et à l'habillage du défunt.

Il est dressé en présence d'au moins un témoin un inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc. qu'il possédait. Cet inventaire est inséré dans le registre d'inventaire des biens des patients de chaque site. Ces effets personnels sont remis aux ayants droits sur signature.

Dans le cas où le patient avait confié ses effets personnels ou biens à la Trésorerie du CHPC, aucun de ces biens ne peut être remis aux ayants droit du patient ou à ses proches. La restitution des biens de valeur est de la compétence exclusive de la Trésorerie du CHPC. Le bureau du mouvement adresse un courrier à la famille, l'invitant à procéder au retrait des biens figurant sur l'inventaire et mentionnant les conditions juridiques devant accompagner ce retrait.

Art. 59 - Le dépôt des corps à la chambre mortuaire

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès au défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Le corps du défunt est ensuite déposé dans la chambre mortuaire de l'établissement. Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

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

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du CHPC du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits durant les trois premiers jours suivant le décès ; un tarif journalier défini annuellement par le CHPC est applicable à compter du quatrième jour après le décès.

Le transport du corps du défunt, sans mise en bière ou après mise en bière, doit se faire dans les conditions prévues par la réglementation.

Art. 60 - Mesures de police sanitaire

Lorsque des mesures de police sanitaire l'imposent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés. Dans ces cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayant droits, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

Art. 61 - Transport de corps à résidence sans mise en bière

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, du CHPC à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, doit être autorisé par le Maire de la commune du lieu de décès.

Cette autorisation est subordonnée :

- A la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, exprimée sur un volet d'un imprimé interne approprié ;
- A l'accord écrit du médecin hospitalier, exprimé sur l'imprimé interne réservé à cet effet ;
- A l'accord écrit du Directeur ou de son représentant, exprimé sur l'imprimé interne réservé à cet effet, dans les cas où la famille ou les proches du défunt ne sont pas joignables dans les 10 heures suivant le décès ;
- A l'accomplissement des formalités de décès et à la déclaration à l'Etat civil de la mairie du lieu de décès.

Le médecin peut s'opposer au transport sans mise en bière si le décès soulève un problème médico-légal, si l'état du corps ne permet pas le transport, ou encore si le défunt était atteint d'une maladie contagieuse dont la liste est fixée par arrêté ministériel. Si le médecin s'oppose au transport de corps sans mise en bière, il note cette information sur le certificat de décès et sur l'imprimé interne, et en avise sans délai la famille.

Si le lieu de destination du corps n'est pas Cherbourg-Octeville, le Maire de la commune de destination est avisé de l'autorisation de transport, par les organismes de pompes funèbres.

Le transport de corps sans mise en bière doit être achevé dans un délai maximum de 48 heures après le décès. Il peut être prolongé jusqu'à 72 heures en cas d'autopsie. Les transports à résidence sont effectués par des véhicules agréés à cet effet. Le demandeur a le libre choix de l'entreprise de transport sans mise en bière. La liste des entreprises habilitées dans le département de la Manche est tenue à disposition des familles dans les chambres mortuaires.

Art. 62 - Transfert du corps vers une chambre funéraire avant mise en bière

Le transport du corps avant mise en bière vers une chambre funéraire peut être effectué dans les mêmes conditions que celles visées à l'article 61 ci-dessus.

Art. 63 - Transport de corps après mise en bière

Avant son transport pour son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne doit être mis en bière. Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse contenant des radioéléments ou un stimulateur cardiaque, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière et établit un certificat de retrait.

Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée. La liste des services et entreprises agréés est tenue à disposition des familles dans les chambres mortuaires du CHPC.

Art. 64 - Prélèvement d'organes et de tissus

Le CHPC est autorisé à pratiquer des prélèvements d'organes et de tissus après décès, à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Toute personne résidant sur le territoire français est donneuse d'organes/tissus après son décès sauf à s'être opposée de son vivant, principalement par inscription sur le registre national des refus (RNR) géré par l'agence de la biomédecine.

Après signature du procès-verbal de décès et avant tout prélèvement à visée thérapeutique et/ou scientifique, le RNR doit être interrogé par le directeur ou par délégation par la coordination des prélèvements d'organes et tissus. En l'absence de refus consigné au RNR et/ou de directives anticipées disponibles, la personne de confiance et à défaut les proches sont abordés par la coordination des prélèvements d'organes/tissus qui consigne par écrit leur témoignage d'un éventuel refus exprimé de son vivant de la personne décédée et les informe de la finalité et des modalités des prélèvements envisagés.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention. Les prélèvements d'organes et de tissus sont soumis aux règles de biovigilance. Les événements indésirables graves doivent être déclarés à l'ANSM et l'ABM par le correspondant local de biovigilance.

Si les circonstances ayant entraîné la mort sont telles que dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le corps est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, la coordination des prélèvements d'organes prend contact avec le procureur de la république pour obtenir une levée d'opposition et organise les prélèvements en collaboration avec le médecin légiste requis par le procureur.

Art. 65 - Prélèvement à but scientifique – Inhumation

La demande d'effectuer un prélèvement à but scientifique en vue de la recherche des causes du décès, en l'absence d'opposition exprimée par le défunt ou témoignée par sa famille, et avec l'autorisation du Procureur de la République en cas de mort suspecte ou violente, est exprimée par un médecin sur un volet de l'imprimé interne visé ci-dessus. Elle est soumise à autorisation du **Directeur** ou de son représentant, exprimée sur ce même imprimé.

La demande d'effectuer un prélèvement à but scientifique autre que la recherche des causes du décès, avec le consentement du défunt ou témoigné par sa famille, ou avec le consentement écrit des deux parents du défunt mineur, ou avec l'autorisation du Procureur de la République en cas de mort suspecte ou violente, est exprimée par un médecin sur un volet de l'imprimé interne visé ci-dessus. Elle est soumise à autorisation du Directeur ou de son représentant, exprimée sur ce même imprimé. La loi prévoit que ces prélèvements et d'une manière générale, l'usage des échantillons (art. 1232-5 du Code de la Santé Publique) ne peuvent être effectués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la Biomédecine.

Art. 66 - Admission en chambre mortuaire de personnes décédées hors de l'établissement

Les chambres mortuaires du CHPC peuvent être appelées à recevoir le corps de personnes décédées hors de l'établissement : les chambres mortuaires étant utilisées en ce cas comme chambre funéraire municipale sur réquisition administrative.

SECTION II- DISPOSITIONS PARTICULIERES

Art. 67 - Les femmes enceintes

[1] Admission

Le Directeur ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans les services de gynécologie-obstétrique, refuser l'admission d'une femme enceinte dans le mois précédant l'accouchement ou d'une femme récemment accouchée dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Toutefois, en cas de saturation des capacités d'hospitalisation ou de prise en charge médicale à la maternité, la patiente sur avis médical pourra être transférée sur un autre établissement obstétrical, dans le cadre de l'accord de régulation en vigueur entre établissements obstétricaux.

Les déclarations de naissance sont effectuées auprès des services de l'Etat Civil de la mairie de Cherbourg en Cotentin par les personnels hospitaliers en charge de la tenue du livre d'Etat civil des naissances, sauf engagement déclaré par le parent d'accomplir cette formalité au lieu et place de l'établissement.

[2] Secret de l'hospitalisation

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de l'accouchement, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission dans les conditions prévues à l'article 326 du Code Civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

L'admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans une maison maternelle du département de la Manche ou dans celles avec lesquelles le département aurait passé convention. Le Directeur ou son représentant informe de cette admission les services du Conseil Départemental compétents en la matière, et notamment le service de l'aide sociale à l'enfance du département d'implantation de l'établissement. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par le Conseil Départemental.

Art. 68 - Admission des femmes désirant avoir recours à une interruption volontaire de grossesse

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein du CHPC, agréé à cet effet, conformément aux dispositions de la loi du 17 janvier 1975 et de ses textes d'application, ainsi que de la loi de santé du 26 janvier 2016.

Toutes les femmes accueillies ont droit à la garantie de confidentialité de leur prise en charge.

Il est rappelé que l'entrave à l'interruption volontaire de grossesse est, depuis janvier 1993, un délit que la loi réprime en instituant des sanctions pénales à l'encontre de toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés :

- Soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès au CHPC, la libre circulation des personnes à l'intérieur du CHPC ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;
- Soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant au sein du CHPC, des femmes venues pour avoir recours à une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

Conformément aux dispositions de la loi de santé du 26 janvier 2016 pour les mineures, en plus des deux consultations médicales obligatoires, un entretien psycho-social doit être réalisé par une conseillère conjugale et familiale.

Pour toute femme mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien de demande (article L. 2212-4 du Code de la Santé Publique).

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

Dans l'hypothèse du consentement des parents, la mineure bénéficie de leur couverture sociale. A défaut, le parcours d'interruption volontaire de grossesse est pris en charge à 100% sans avance de frais.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Art. 69 - Les majeurs protégés

La protection des biens des personnes vulnérables hospitalisés au CHPC peut, sur décision de justice, être confiée à un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, qui exerce ses fonctions sous le contrôle du Juge des tutelles, dans les conditions prévues par le Code civil. Cette protection porte sur la personne et/ou les biens du majeur protégé.

Une attention particulière devra être portée à chaque patient bénéficiant d'une protection juridique en recherchant l'adhésion de la personne vulnérable lors de la mise en œuvre de mesures la concernant.

Art. 70 - Les patients étrangers

Les personnes de nationalité étrangère sont admises au CHPC dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Elles doivent, si elles ne présentent pas de justificatifs de prise en charge, et hors cas d'urgence, verser avant l'admission la provision pour frais de traitement visée à l'article 23 ci-dessus.

Les ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux. Ils doivent lors de leur admission présenter la carte internationale de sécurité sociale ou les formulaires internationaux normalisés attestant de la prise en charge financière des soins.

Art. 71 - Les militaires et victimes de guerre

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par la réglementation. Si le Directeur général ou son représentant est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état de santé requiert des soins urgents, il signale cette admission au chef du corps d'affectation de l'intéressé ou à défaut à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé du malade ou blessé le permet, toutes mesures sont prises afin qu'il soit transféré vers l'établissement de santé des armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

Art. 72 - Patients toxicomanes - Secret de l'hospitalisation et admission

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

L'admission et le départ de personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire a enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, ont lieu dans les conditions prévues par les articles L.3414.1 et R.3124-1 et suivants du Code de la santé publique.

Conformément à l'instruction DGOS du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé, le secret professionnel prévaut et il n'y a pas lieu de signaler un patient détenteur de produit stupéfiant illégal aux autorités compétentes. Toutefois, les produits stupéfiants illégaux (en l'espèce, les produits non autorisés en France mais également des médicaments stupéfiants détenus illégalement c'est à dire sans ordonnance justificative) présents dans un établissement de santé doivent être remis aux autorités compétentes sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée.

Art. 73 - Patients admis en EHPAD

L'ensemble des dispositions relatives aux patients du CHPC sont applicables dans les mêmes conditions aux patients admis dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) du CHPC. Toutefois, les besoins particuliers de ces patients et résidents rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour, dans un règlement de fonctionnement propre à ces unités et services, complémentaire du règlement intérieur du CHPC.

Art. 74 - Les détenus

[1] Soins dispensés en milieu pénitentiaire

La prise en charge médicale ambulatoire des détenus ou prévenus est assurée par le CHPC dans les locaux de la Maison d'Arrêt de Cherbourg.

Le CHPC assure les activités de prévention ainsi que les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires avec lesquels il est lié par convention.

Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux, pour les personnels hospitaliers qui dispensent ces soins et les actions de prévention sanitaire sont assurés par l'administration pénitentiaire. Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

[2] Admission

Les détenus patients ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou les prévenus qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils sont appelés à comparaître, sont admis soit dans une chambre sécurisée, soit en fonction de leurs besoins médicaux, dans une chambre du CHPC où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service public hospitalier ou pour les autres patients.

[3] Régime d'hospitalisation

Les détenus sont admis en régime commun d'hospitalisation. Ils peuvent être traités à leur frais, sur décision expresse du Ministère de la Justice prise en application de l'article D. 382 du Code de procédure pénale, dans le secteur privé d'un praticien hospitalier, si la surveillance prévue à l'article ci-dessous n'apporte pas de gêne aux autres patients.

[4] Incident en cours d'hospitalisation – Mesures de surveillance et de garde

Tout incident grave survenant en cours d'hospitalisation est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues à l'article D. 280 du Code de procédure pénale.

Les mesures de surveillance et de garde dans les locaux hospitaliers des patients placés incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de ces derniers.

Art. 75 - Les personnes placées en centre de rétention

La prise en charge médicale des personnes placées en centre de rétention et ne nécessitant pas une hospitalisation, est assurée par le CHPC dans les locaux du commissariat de police de Cherbourg, selon les modalités fixées par un dispositif conventionnel.

Art. 76 - Les personnes gardées à vue

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

Art. 77 - Les agents du CHPC

Lorsqu'un fonctionnaire en activité est hospitalisé dans un établissement public de santé, l'établissement prend à sa charge pendant une durée maximum de six mois le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale (à savoir le ticket modérateur, le forfait journalier et le forfait participation assuré).

Pour une hospitalisation dans un établissement autre que celui où le fonctionnaire est en fonctions, cette charge ne pourra être toutefois assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration de l'établissement employeur ou sur le vu d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

Les fonctionnaires en activité bénéficient, en outre, de la gratuité des soins médicaux qui leur sont dispensés dans l'établissement où ils exercent ainsi que de la gratuité des produits pharmaceutiques qui leur sont délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de l'établissement.

Cependant, la Cour de cassation d'une manière constante depuis 2001, considère que la gratuité des soins offerte à ces personnels doit entrer dans l'assiette des cotisations CSG et CRDS. A l'appui de cette décision, les URSSAF exigent des Etablissements d'intégrer ces sommes qu'ils ont prises en charge à ce titre comme avantages en nature, à les soumettre à la CSG et CRDS et à les intégrer dans le revenu imposable.

De ce fait, les fonctionnaires et praticiens hospitaliers qui ont souscrit un contrat d'assurance maladie complémentaire ont la possibilité, soit d'acquitter le montant du ticket modérateur qui leur sera remboursé par la mutuelle ou l'assurance complémentaire, soit demander le maintien du dispositif de soins gratuits dans les conditions et avec les conséquences décrites ci-dessus.

Art. 78 - Obligation de signalement

[1] Dispositions générales

L'article 226-13 du Code pénal (*peines encourues en cas de violation du secret professionnel*) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à **un mineur** ou à **une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique** ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République 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, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques 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 ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 du Code pénal.

[2] Signalement des crimes et délits au Procureur de la République

Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1 du Code de procédure pénale. Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

[3] Protection des mineurs

Lorsqu'à l'admission d'un enfant, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de sévices, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités judiciaires ou administratives, que les parents acceptent ou refusent l'hospitalisation.

[4] Détention illégale de stupéfiants

Conformément à l'instruction DGOS du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé, le secret professionnel prévaut et il n'y a pas lieu de signaler un patient détenteur de produit stupéfiant illégal aux autorités compétentes. Toutefois, les produits stupéfiants illégaux (en l'espèce, les produits non autorisés en France mais également des médicaments stupéfiants détenus illégalement c'est à dire sans ordonnance justificative) présents dans un établissement de santé doivent être remis aux autorités compétentes sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée.

SOUS-SECTION 1 – LES PATIENTS MINEURS

Art. 79 - Admission

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité ou sauf en cas d'application de l'article 23 du présent règlement, à la demande des père et mère, du tuteur légal, de l'autorité judiciaire ou du service de l'Aide Sociale à l'Enfance de la Direction générale de la solidarité du Conseil Départemental.

L'admission du mineur, régulièrement autorisée, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par un médecin du service de soins.

En cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des titulaires de l'autorité parentale est exigée.

Si les parents ou le tuteur sont défaillants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le Directeur ou son représentant peut saisir le Procureur de la République ou le Juge des Enfants afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Si l'enfant est porteur de bijoux ou d'objets de valeur et que la famille désire les lui voir conserver avec lui, une décharge de responsabilité de l'établissement sera demandée à l'accompagnant.

Le Directeur ou son représentant, à la demande des praticiens, peut autoriser le père ou la mère de l'enfant à rester durant la journée auprès de celui-ci, et/ou à coucher auprès de lui, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent.

Art. 80 - Information des mineurs et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Art. 81 - Soins confidentiels à la demande des mineurs

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, 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 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, le dépistage, le diagnostic ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive 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, l'infirmier 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, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Art. 82 - Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, le mineur ne peut être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confié qu'à ses père, mère, tuteur ou la personne qui en a la garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Le mineur ne peut signer une attestation s'il veut quitter le CHPC contre avis médical. Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant ou l'adolescent. Le titulaire de l'autorité parentale signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé du mineur par cette sortie ; si elle refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par deux agents hospitaliers.

Si la demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle du mineur, le Directeur général ou son représentant saisit le Procureur de la République ou le Juge des Enfants afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

La ou les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles doivent faire connaître à l'administration hospitalière ou au service de soins la possibilité pour le mineur de quitter ou non seul le CHPC, et, le cas échéant, le confirmer par écrit.

Art. 83 - Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du CHPC si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à cette dernière ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justificatifs sont exigés en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement).

Art. 84 - Mineurs en situation de rupture familiale

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

Art. 85 - Mineur relevant d'un service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance

Lorsque le mineur relève d'un service d'Aide Sociale à l'Enfance, le Directeur ou son représentant adresse à la Direction générale de la solidarité (service de l'aide à l'enfance) du Conseil Départemental, dans les quarante-huit heures de l'admission, sous pli cacheté, le certificat confidentiel du chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Art. 86 - Scolarisation

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. En outre, le CHPC s'efforce de favoriser la scolarité des mineurs, notamment en collaboration avec l'Education nationale.

SOUS-SECTION 2 – LES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT

Art. 87 - Principe

Le consentement du patient à son hospitalisation dans un établissement traitant les troubles mentaux demeure la règle. L'hospitalisation est alors dite libre et le patient dispose des mêmes droits relatifs aux libertés individuelles que les personnes soignées pour une autre cause.

Dans certains cas, strictement encadrés par la loi, il est néanmoins nécessaire d'assurer des soins même lorsque le patient ne s'y prête pas volontairement. De tels modes d'hospitalisation suivent deux types de procédure :

1. Les soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur d'établissement : soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT) et soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI) ;
2. Les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Art. 88 - Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

[1] Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT/SDTU)

Trois conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux ;
- L'impossibilité pour la personne de consentir aux soins ;
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante (hospitalisation complète) ou régulière (programme de soins).

Exceptionnellement, en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, et uniquement dans ce cas, le Directeur ou son représentant peut prononcer, à la demande d'un tiers, l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin de l'établissement d'accueil (SDTU).

Notion de tiers : toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou de son entourage, ou de toute autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants de l'établissement d'accueil.

[2] Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)

En cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers à la date d'admission (absence de personne susceptible d'être tiers ou refus des personnes susceptibles d'être tiers), le Directeur ou son représentant peut prononcer l'admission en soins psychiatriques sur la base d'un certificat médical établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement d'accueil.

Art. 89 - Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Quatre conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux ;
- L'impossibilité pour la personne de consentir aux soins ;
- La nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière ;
- L'atteinte à la sûreté des personnes, ou, de façon grave, à l'ordre public.

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Art. 90 - Droits spécifiques aux patients hospitalisés sans consentement

Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles nécessaires dans le cadre des soins sans consentement sont adaptées et proportionnées à l'état mental de la personne et à la mise en œuvre du traitement requis. **En toute circonstance, la dignité de la personne est respectée et sa réinsertion recherchée.**

Dès la décision d'admission et avant chaque décision de maintien des soins sans consentement ou de nouvelle forme de prise en charge, la personne est, si son état le permet, informée de sa situation juridique et de ses droits et invitée à faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état. La personne soignée sans son consentement bénéficie d'un examen somatique complet dans les premières 24 heures suivant son admission.

Le juge des libertés et de la détention contrôle systématiquement toutes les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète avant le douzième jour suivant l'admission et ensuite, si les soins sont continus en hospitalisation complète, tous les 6 mois. Il peut prononcer la mainlevée de la mesure. Le défaut de décision du juge avant la fin des délais entraîne la mainlevée de la mesure.

Au cours de l'audience devant le juge des libertés et de la détention, le patient est assisté ou représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office par le juge. Si le patient n'est pas en état de comparaître devant le juge des libertés et de la détention, il est représenté par son avocat.

Pour favoriser la guérison du patient, sa réadaptation ou sa réinsertion sociale, le directeur général, ou son représentant, peut lui faire bénéficier de sorties de courtes durées, sur proposition des praticiens du CHPC avec ou sans accompagnement.

La personne soignée sans son consentement peut également faire l'objet d'un programme de soins, c'est-à-dire d'une prise en charge hors hospitalisation complète.

En tout état de cause, la personne soignée sans son consentement dispose des droits :

- De communiquer avec les autorités : le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le procureur de la République, le maire de la commune ou son représentant ;
- De saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et, si elle est hospitalisée, la commission des usagers (CDU) du CHPC ;
- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- De consulter le présent règlement intérieur et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- D'exercer son droit de vote ;
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix, en dehors de toute forme d'extrémisme.

Ces droits peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient sauf le droit d'émettre ou de recevoir des courriers, le droit de vote et le droit de se livrer aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Art. 91 - Contestation des soins sans consentement

Tout patient en soins sans consentement est informé par écrit des modalités de ses soins, de ses droits et des voies de recours. Les soins sans consentement peuvent être contestés, sur simple lettre, par recours amiable, auprès du Directeur ou auprès du juge des libertés et de la détention qui peut être saisi à tout moment.

La saisine peut être faite par :

- La personne faisant l'objet des soins ;
- Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée sous tutelle ou curatelle ;
- Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- La personne qui a formulé la demande de soins ;
- Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- Le procureur de la République.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. Toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

Art. 92 - Contention en psychiatrie

Comme l'établit l'article 3222-5-1 du Code de santé publique, l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision (prescription) d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte par les professionnels de santé désignés à cette fin, dans le cadre prévu par la loi.

CHAPITRE IV : DROITS DES PATIENTS

Section I

Le dossier patient

Section II

L'information du patient

Section III

Le consentement aux soins

Section IV

Recherche en santé

Section V

Gestion des relations avec les usagers et qualité des prises en charge

Section VI

Données personnelles et droit à l'image

SECTION I - LE DOSSIER PATIENT

Le dossier patient contient l'ensemble des enregistrements en lien avec le séjour du patient. Il est conforme aux dispositions de l'article R.1112-2 du Code de la santé publique. Les règles concernant sa gestion au niveau du CHPC sont précisées dans la charte de gestion du dossier patient, accessible sur l'espace Intranet. Le dossier du patient est la propriété de l'établissement mais les données personnelles qu'il contient appartiennent au patient.

Le dossier du patient est de structure unique. Il est identifié sous un numéro unique : le numéro IPP dont la source est le progiciel MAINCARE. En conséquence, toute pièce, toute information du dossier se rapporte à cet identifiant unique.

Art. 93 - Le contenu du dossier

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans l'établissement de santé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier (le détail est indiqué dans la charte de gestion du dossier patient) ;
2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour ;
3. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1 et 2.

Art. 94 - La communication du dossier aux patients ou aux ayants-droit

L'établissement organise l'accès au dossier médical pour le patient lui-même, le détenteur de l'autorité parentale ou un ayant droit, concubin ou partenaire de PACS si le patient est décédé, dans les conditions prévues par la loi. La demande d'accès au dossier patient est formalisée à l'aide d'un formulaire disponible sur demande.

La communication porte sur les informations formalisées ayant contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou qui ont fait l'objet d'échanges entre professionnels mentionnés à l'article R 1112-2 du Code de la santé publique.

Le droit d'accès s'exerce dans les 8 jours suivant la demande ou dans un délai de 2 mois lorsque les observations datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations en psychiatrie a été saisie.

La consultation sur place est proposée au demandeur. Néanmoins, des copies peuvent lui être envoyées, avec information préalable concernant leur facturation.

Art. 95 - Les règles de conservation

Le Directeur du CHPC veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers médicaux conservés dans l'établissement. Les règles de conservation des dossiers médicaux sont fixées par le Code de la santé publique (article R1112-7).

Ces dispositions s'appliquent aux dossiers papier comme aux dossiers numériques.

SECTION II - L'INFORMATION DU PATIENT

Le secret médical n'existe pas à l'égard du patient.

Art. 96 - L'obligation d'informer

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, 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 personne est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. 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.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

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

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du Code de la santé publique. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel ou l'établissement de santé, sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé ayant au sein du CHPC un exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale, sauf si le mineur a fait connaître l'opposition prévue à l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique et, pour le majeur protégé, au tuteur.

Le patient et ses proches sont également tenus d'un devoir d'information vers le praticien lorsque celui-ci a besoin de disposer de toutes les indications nécessaires pour délivrer les soins requis.

Art. 97 - L'information des proches

La volonté du patient doit être prise en compte avant tout. Elle conditionne le dialogue avec les proches. Le pronostic fatal peut, si le patient n'en a pas décidé autrement, être révélé à l'entourage.

A l'hôpital, lieu où se rencontrent les personnels soignants et la famille, un temps suffisant doit être réservé au dialogue, mais sans aller au-delà de ce qui peut être dit, et toujours en respectant l'intention des patients.

SECTION III - LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Une information bien faite du patient lui permet de donner un consentement "libre" et "éclairé" aux actes de soins prodigués.

Art. 98 - L'information sur les droits

Lors de leur admission, les patients reçoivent des personnels des services de soins le livret d'accueil du CHPC auquel est joint la "charte de la personne hospitalisée".

Art. 99 - Le principe de consentement

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du patient reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Il ressort des textes réglementaires que non seulement l'acte de soins nécessite un consentement préalable, mais aussi l'acte préventif tel que le dépistage du VIH. Le renouvellement du consentement doit intervenir avant tout geste médical ou chirurgical, ce qui signifie qu'aucun accord initial n'est donné une fois pour toutes.

Il existe des exceptions à ce principe de consentement.

- **L'urgence** : le médecin peut passer outre le défaut de consentement du patient en cas d'urgence. L'appréciation de l'urgence est subjective et se fait au cas par cas. Suivant la jurisprudence, il s'agit de la "nécessité absolue de procéder à une intervention immédiate" ou d'un "danger immédiat" pour le patient.
- **Les patients en incapacité d'exprimer leur consentement ou les patients en incapacité de s'exprimer** : lorsque le patient est inconscient et ne peut pas exprimer son consentement, le médecin peut intervenir sans accord formel.

Il appartient au médecin et/ou l'Etablissement de soins d'apporter la preuve justifiant ces exceptions.

Art. 100 - Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Cette désignation, révocable à tout moment, est transcrite dans le dossier du patient. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

Lors de son hospitalisation au CHPC, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Art. 101 - Les directives anticipées

Dans le cadre des lois relatives au droit des patients et des personnes en fin de vie, toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, notamment relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Ces directives sont révocables et révisables à tout moment.

Art. 102 - Les situations particulières

Dans quelques cas, le médecin peut intervenir même s'il n'a pu obtenir le consentement du patient. L'intérêt du patient l'emporte alors sur la nécessité de son assentiment. Il s'agit pour l'essentiel de l'urgence et de l'incapacité.

S'il y a danger immédiat pour la vie du patient, le nouveau Code de déontologie médicale impose de remédier sans attendre à cette situation.

Lorsqu'un praticien est appelé à donner des soins à un majeur protégé, il doit, dans toute la mesure du possible, tenir compte de l'avis de l'intéressé. Il s'efforce de prévenir son représentant légal et d'obtenir son consentement. En cas d'urgence, il donne les soins nécessaires.

La situation est la même pour le mineur hospitalisé. Dans toute la mesure du possible, le médecin informe l'enfant et recueille son avis. Le consentement revient aux parents du mineur, sauf dans le cas de l'application de l'article 83 du présent règlement. S'il y a urgence, le praticien assure les soins nécessaires en l'absence de consentement.

Hors urgence, dans le cas où ce consentement ne peut être recueilli ou est refusé, le médecin peut saisir le représentant du Parquet afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Art. 103 - La contention

La contention est une pratique de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur prescription d'un praticien, prise pour une durée limitée, avec une appréciation des bénéfices et des risques pour le patient. Sa mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte par les professionnels de santé désignés à cette fin, dans le cadre prévu par la loi.

Art. 104 - Le refus de soins

[1] Dispositions générales

La nécessité d'obtenir le consentement du patient expose le praticien au refus du patient de subir un acte médical ou un traitement pourtant nécessaire à son état de santé. Cette liberté du patient de ne pas accepter les soins qui lui sont proposés est reconnue par les textes (Charte de la personne hospitalisée, paragraphe IV).

Le praticien est alors tenu de respecter ce choix (articles L. 1111-4 et R 4127-36 du Code de la santé publique). Le respect de la volonté ainsi manifestée par le patient ne fait pas encourir au médecin de poursuites pour non-assistance à personne en danger. Ainsi, à défaut d'accord, le médecin s'incline.

La sortie du patient hospitalisé peut alors être prévue et organisée. Dans une telle hypothèse, le praticien doit non seulement veiller au respect strict des formalités, mais aussi s'assurer que la décision du patient de ne pas recevoir les soins que nécessite son état et de quitter l'hôpital est prise en toute connaissance de cause. L'intervention de personnes extérieures peut être utile pour convaincre le patient. Il s'agira des familiers, de confrères, d'agents du personnel...

[2] Le cas particulier de l'urgence absolue

Il se peut que le refus de soins mette la vie du patient en danger (ex : refus de césarienne lié à un motif religieux ou refus de transfusion sanguine, voire grève de la faim).

C'est seulement si le médecin estime, en conscience, que la vie du patient est véritablement et immédiatement en jeu, qu'il peut passer outre au refus de soins. L'urgence doit être absolue avec un pronostic vital engagé immédiat alors que l'acte de soin refusé est proportionné à l'état du patient et est indispensable à la survie de celui-ci. Cette attitude est confirmée par :

- **L'article R 4127-36 du Code de la santé publique** impose à tout médecin, qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, de lui porter assistance ou de s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ;
- **L'article R 1112-43 du Code de la santé publique**, selon lequel la volonté du patient doit être respectée "sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats".

Le médecin peut également passer outre le refus du patient dès lors que ce dernier ne peut plus exprimer sa volonté.

Art. 105 - Cas particulier du refus de soin d'un patient en fin de vie

Toute personne a le droit de refuser un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 du Code de Santé Publique.

Lorsque le malade en fin de vie est inconscient, hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de chercher à connaître la volonté exprimée par le patient **en recherchant d'éventuelles directives anticipées et en se rapprochant de la personne de confiance**. Il peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le Code de déontologie médicale **et uniquement si cette décision n'est pas contraire à la volonté du patient exprimée dans ses directives anticipées, ou rapportée par la personne de confiance qu'elle a désignée**.

La décision motivée du médecin est inscrite dans le dossier médical. Dans ces cas, le médecin sauvegarde la dignité du patient et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

SECTION IV – RECHERCHE EN SANTE

Art. 106 - Encadrement de la recherche

Les médecins peuvent participer à des programmes de recherche clinique après accord de la Direction et en concertation avec le département de recherche clinique.

Ils peuvent proposer aux patients ainsi qu'à des personnes se portant volontaires, de participer à une recherche en santé dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et prévoit que l'intérêt de la personne prime toujours sur celui de la science.

Le responsable de la recherche (ou promoteur) doit s'assurer, avant de permettre la réalisation d'une recherche, d'obtenir toute autorisation nécessaire selon le contexte et notamment l'avis favorable obligatoire du comité de protection des personnes compétent et selon les cas, l'autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Les recherches sur l'embryon ou les cellules embryonnaires, ainsi que sur les personnes décédées doivent faire l'objet d'une autorisation de l'Agence de biomédecine.

Art. 107 - Consentement éclairé des personnes participant à une activité de recherche en santé

Le consentement éclairé de la personne participant à une activité de recherche en santé est recherché avant son inclusion dans le projet. Cet accord est consigné par écrit, dans le cas des recherches biomédicales et de la génétique, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément de la nature de la recherche et de ses implications, selon les modalités prévues par la loi. Des mesures protectrices adaptées sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle, ou sous sauvegarde de justice, 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.

Lorsque la recherche est effectuée sur un mineur non émancipé l'autorisation est donnée en principe par les titulaires de l'autorité parentale. Il est consulté dans la mesure où son état le permet. L'adhésion personnelle du mineur en vue de sa participation à la recherche impliquant la personne humaine est recherchée. En toute hypothèse, il ne peut être passé outre son refus ou la révocation de son acceptation. Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé.

Toute personne, ou le cas échéant son représentant légal, est toujours libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à la recherche, sans avoir à s'en justifier et sans conséquence pour son traitement ou sa prise en charge.

SECTION V - GESTION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET QUALITE DES PRISES EN CHARGE

SOUS-SECTION 1 – QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Art. 108 - Droit du patient à des soins de qualité

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Art. 109 - L'organisation de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux usagers

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est un élément essentiel du projet d'établissement. Elle répond à une approche 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 continue de la qualité et de la sécurité des soins est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels et repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes.

Sous l'égide du Copil Qualité risques Évaluation et de la Commission médicale d'Établissement (CME), la Direction de la Qualité, des Risques et de l'évaluation anime et coordonne les démarches qui sont déclinées en proximité, au sein des pôles en s'appuyant sur les comités et les professionnels responsables du pilotage de processus transversaux.

Des priorités institutionnelles sont arrêtées par le Copil Qualité Risques Evaluation. Ces priorités s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre du Programme pluriannuel Qualité Risques Évaluation. Le Compte Qualité transmis régulièrement à la HAS permet le suivi des actions et indicateurs correspondants. Ces priorités sont également déclinées dans les contrats de PHU et dans les plans d'actions de thématiques transversales. La mise en œuvre des actions et les résultats obtenus font l'objet de suivis s'appuyant sur des évaluations (EPP, audits internes et externes, indicateurs).

Les professionnels du CHPC s'engagent dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en participant à l'analyse des événements indésirables, en s'impliquant dans des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ou en assurant une fonction de référent de processus ou de correspondant au sein de leur pôle/unité.

Art. 110 - Les certifications

La procédure de certification HAS donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de santé, instance consultative à caractère scientifique indépendante. Ses experts visiteurs délivrent une appréciation indépendante sur la qualité de l'établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Le compte qualité est transmis à minima tous les deux ans à la Haute Autorité de Santé (HAS). Il permet l'actualisation des principaux risques ainsi que le suivi des actions et indicateurs du CHPC.

La démarche de certification HAS est coordonnée par la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers.

En parallèle, le CHPC s'engage, dans des démarches de certification ou d'accréditation (ISO ou assimilées) de certaines activités (ex : biologie).

SOUS-SECTION 2 – LES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Art. 111 - L'évaluation de la satisfaction des patients

La satisfaction des usagers est une priorité pour le CHPC. À ce titre, des enquêtes de satisfaction sont réalisées auprès des patients hospitalisés. Le Directeur communique périodiquement le bilan de la démarche qualité, qui prend en compte la satisfaction des patients, au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement.

Art. 112 - Le traitement des réclamations

Indépendamment de la faculté qui leur est offerte de s'exprimer dans le questionnaire de sortie, le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au Directeur de leurs observations et s'il y a lieu, de leur satisfaction ou de leur insatisfaction par le biais d'un courrier de remerciement ou de réclamation.

La Direction organise le recueil de la satisfaction et le traitement des réclamations. Elle informe les usagers des voies de recours qui leur sont ouvertes en cas d'insatisfaction sur les conditions ou le déroulement de la prise en charge. Elle organise les rencontres avec le médiateur médical ou non médical en vue de l'écoute et de l'information des patients, et gère les relations avec l'assureur de l'établissement en cas de réclamations indemnitaires.

La commission des usagers se réunit mensuellement et participe directement au traitement des réclamations. Ainsi les usagers peuvent contacter les représentants des usagers pour leur faire part de leur insatisfaction et peuvent être accompagnés par l'un d'eux pour participer à une médiation. Les représentants des usagers comme les médiateurs institutionnels ont suivi une formation à la médiation.

Art. 113 - L'attention portée aux patients et usagers

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge, ainsi que l'accueil des usagers au sein de l'établissement. Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente.

D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers. Par leur comportement, les membres du personnel participent à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

Art. 114 - Le respect de la personne et de son intimité

L'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements préopératoires et post-opératoires, des radiographies, des brancardages, et d'une manière générale, à tout moment du séjour hospitalier.

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

Le CHPC est un établissement public de santé. A ce titre, il participe à la formation des futurs médecins ou futurs soignants et accueille des étudiants, des stagiaires et des chercheurs qui peuvent participer ou observer les prises en charge des patients. Ceux-ci doivent s'identifier auprès des patients et demander leur accord. Chaque patient peut refuser la présence ou l'intervention de l'étudiant, du stagiaire ou du chercheur et son avis doit être immédiatement respecté.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients par les professionnels sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Art. 115 - Connaissance et application des chartes des personnes hospitalisées

Les personnels des services de soins doivent connaître et appliquer les principes présents dans les chartes du patient, de l'enfant et de la personne âgée hospitalisées, qui sont affichées et disponibles dans les livrets d'accueil.

Art. 116 - Accueil et respect du libre choix du patient et des familles

Les familles sont accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Le libre choix des patients et des familles est rigoureusement respecté, notamment lorsque la prise en charge nécessite le recours à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

Il en est de même concernant le choix du régime particulier et des prestations annexes (télévision, téléphone ou repas des accompagnants) proposées au CHPC. Le personnel est tenu d'expliquer les modalités d'attribution de ces prestations, notamment leur coût, et de respecter la décision du patient ou de ses proches.

Art. 117 - Promotion de la bientraitance

Les personnels du CHPC 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 CHPC veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

Art. 118 - Prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Art. 119 - Droit aux soins palliatifs

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié. Les professionnels de santé du CHPC mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Art. 120 - Obligation de signalement des évènements indésirables

Tout agent de l'hôpital qui a constaté ou suspecté la survenue d'un évènement indésirable, dont font partie les vigilances réglementaires, est tenu d'en faire la déclaration via le système interne de déclaration des évènements indésirables.

L'analyse de ces évènements contribue à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Elle se fait dans le cadre d'une culture positive d'apprentissage par l'erreur conformément à une charte institutionnelle d'incitation à la déclaration d'évènements indésirables associés aux soins.

Les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives sont communiquées à la Commission des Usagers (CDU) et au Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Cette communication est réalisée dans le respect de l'anonymat des patients et des professionnels concernés.

SECTION VI - LES DONNEES FAISANT L'OBJET D'UN TRAITEMENT INFORMATISE

Art. 121 - Les déclarations à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) des fichiers informatisés

La Direction a désigné auprès de la commission informatique et liberté (CNIL) un correspondant informatique et liberté en charge de la bonne application de la loi Informatique et liberté du 6 janvier 1978. Il est chargé de la réalisation des déclarations des traitements auprès de la CNIL et de la tenue du registre CNIL pour l'établissement.

Chaque responsable de traitement informatisé comprenant des données nominatives concernant les patients doit s'attacher à se mettre en conformité en ce qui concerne la réglementation informatique et liberté et en informer le correspondant informatique et liberté.

Pour les responsables de traitement informatisé comprenant des données nominatives ne concernant pas les patients, ceux-ci doivent se conformer aux mêmes dispositions de la loi Informatique et libertés, et se référer aux dispositions de la charte utilisateur du système d'information du CHPC. Cette charte figure en annexe du présent règlement intérieur.

Art. 122 - Le dossier médical informatisé

Les patients doivent être informés des données médicales les concernant figurant dans le système d'information du CHPC. Chaque patient dispose d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition dans la limite prévue par la réglementation.

Le droit d'accès au dossier s'exerce auprès du médecin responsable de l'information médicale, en l'occurrence le coordonnateur du Service d'Information Médicale du CHPC, en lien avec la Direction des relations avec les usagers, par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle les soins ont été délivrés, ou du praticien ayant constitué le dossier.

Art. 123 - Le respect de la confidentialité

Tout patient hospitalisé a le droit au respect de sa vie privée. Il peut donc demander que sa présence ne soit pas divulguée. Le CHPC garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées.

Art. 124 - La charte de gestion du dossier patient

Le CHPC dispose d'une charte de gestion du dossier patient, annexée au présent règlement intérieur, qui décrit l'ensemble des règles appliquées notamment dans la gestion des données médicales contenues dans le dossier informatisé de chaque patient, ainsi que les procédures de contrôle utilisées.

Art. 125 - La charte d'utilisateur du système d'information

[1] Dispositions générales

Le CHPC dispose d'une charte utilisateur du système d'information. Cette charte figure en annexe du présent règlement intérieur.

[2] Usage d'internet

Le réseau internet ne peut être utilisé qu'à des fins professionnelles de soins, d'enseignement, de recherche et de gestion. L'utilisateur doit naviguer prudemment et alerter la direction du système d'information en cas de message ou de comportement anormal du logiciel de navigation ou de poste de travail.

La messagerie doit être considérée comme un outil de dialogue strictement professionnel. En conséquence, il est interdit :

- D'envoyer des messages à caractère publicitaire depuis son poste de travail en interne ou en externe ;
- D'utiliser la messagerie pour des messages n'ayant pas une relation avec l'activité professionnelle de l'agent ou du service ;
- D'envoyer des messages internes pour diffusion générale ou en grand nombre (plus de 50 destinataires) sans y être autorisé par la direction générale.

Les agents respectent la charte de confidentialité du CHPC disponible sur l'intranet.

La liberté d'expression est garantie à tous. Cependant l'utilisation des réseaux sociaux doit être faite dans le strict respect des obligations de secret, de discrétion et de réserve professionnelle. En particulier, la diffamation vis-à-vis de ses collègues, de son employeur ou des usagers du CHPC est passible de sanction disciplinaire et d'un dépôt de plainte, conformément aux dispositions du Code pénal.

Il est strictement interdit de s'appuyer sur l'usage à titre professionnel des réseaux sociaux pour contrôler les personnels car le CHPC est garant du respect de leur vie privée.

[3] Protection des données à caractère personnel

Pour l'exécution de ses missions de service public, le CHPC dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et des agents, à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale et le suivi de l'activité. Ces traitements automatisés de données à caractère personnel relatives aux usagers comme aux personnels respectent les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS DU CHPC

Section I

Principes généraux communs à l'ensemble des personnels du CHPC

Section II

Dispositions spécifiques au personnel médical

Section III

Prévention des risques professionnels, qualité de vie au travail et politique sociale

SECTION I - PRINCIPES GENERAUX COMMUNS A L'ENSEMBLE DES PERSONNELS DU CHPC

Le bon fonctionnement du service public hospitalier et le respect du patient imposent à l'ensemble du personnel, quel que soit son statut, l'observance d'un certain nombre de devoirs et d'obligations.

Le non-respect de ces derniers est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

SOUS-SECTION 1 – LES PRINCIPES FONDAMENTAUX LIES AU SERVICE PUBLIC ET AU RESPECT DES USAGERS

Art. 126 - L'obligation d'accueillir et d'informer le public, les usagers et leurs familles

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, des usagers et de leurs familles, dans le respect des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent.

Dans le cadre de la personnalisation des relations avec le public, l'anonymat des fonctionnaires est levé sauf pour des motifs de sécurité des personnels rendant nécessaire le respect de l'anonymat.

Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les patients. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil ou une décision d'intervention chirurgicale devra en particulier être tenu à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée.

Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé du patient, la famille doit être informée rapidement, notamment par téléphone.

Art. 127 - Le secret professionnel

[1] Dispositions générales

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du CHPC. L'ensemble du personnel hospitalier y est tenu. Toute violation du secret professionnel peut entraîner l'application des sanctions professionnelles et pénales prévues par la loi.

Le secret professionnel couvre l'ensemble des informations qui sont portées à la connaissance des personnels dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, c'est-à-dire, non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Seuls la loi et les règlements peuvent délier les personnels de leur obligation de secret dans les cas de révélation obligatoire limitativement énumérés : pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de crimes, délits ainsi que les sévices ou privations infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ; pour porter à la connaissance du Procureur de la République, en accord avec la victime, les sévices constatés dans l'exercice de la profession et qui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

Les personnels en exercice au sein du CHPC 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 d'établissement.

Dans le domaine des activités de soins, seul le médecin est habilité à communiquer au patient ou à sa famille des informations sur l'état de santé de ce dernier, dans les conditions fixées par le Code de déontologie.

[2] Le partage d'informations

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

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

L'équipe de soins est entendue comme un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 128 - La discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions.

Il est interdit de donner à toute personne étrangère au CHPC et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, communication de documents ou informations portant sur l'identité ou l'état de santé des patients hospitalisés ou consultants externes.

L'agent peut être délié de cette obligation soit par respect des textes concernant la liberté d'accès aux documents administratifs, soit au profit du Juge d'Instruction ou d'un officier de police agissant sur commission rogatoire, soit par décision expresse du Directeur.

Art. 129 - L'obligation de réserve

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers. Dans l'exécution de leur service, les agents du CHPC s'abstiennent notamment de tout propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Art. 130 - Le respect de la neutralité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

L'obligation de neutralité impose que le comportement, les actes ou les décisions des fonctionnaires et agents publics soient dictés uniquement par l'intérêt du service public et non par des convictions politique, philosophique ou religieux.

Chaque professionnel exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité et dans le respect du principe de laïcité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions politiques ou religieuses.

Le professionnel doit traiter de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité.

Il appartient à tout encadrant de veiller au respect de ces principes dans les services placés sous son autorité.

Conformément à ce principe :

- Les visites des élus et représentants politiques dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de Surveillance du CHPC ne peuvent effectuer des visites au sein de l'hôpital que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de Surveillance ;
- Les signes d'appartenance religieuse ne sont pas tolérés au sein de l'hôpital qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou dès lors qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

Art. 131 - Liberté d'expression, internet et usage des réseaux sociaux et médias

La liberté d'expression est garantie pour tous, y compris sur internet. Néanmoins, l'utilisation des réseaux sociaux doit être faite conformément à la réglementation, notamment au regard des articles 9 et 16 du Code Civil relative au respect de la vie privée et de la dignité de la personne humaine et dans le strict respect du secret et de la discrétion professionnels auxquels sont astreints les agents publics et professionnels de santé. Ainsi, elle ne doit pas donner lieu ni au dénigrement, à la diffamation ou à l'injure, vis-à-vis de ses collègues, de son employeur et des usagers du service public hospitalier.

SOUS-SECTION 2 – PRINCIPES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE ET OBLIGATIONS DES PERSONNELS

Art. 132 - L'obligation de désintéressement

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

Art. 133 - L'obligation d'exercice personnel des fonctions

Tout personnel, quel que soit son rang, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il en résulte que l'agent nommé sur un poste à l'occasion de son recrutement ou lors d'un changement d'affectation doit y prendre ses fonctions. A défaut, toute absence non justifiée sera considérée comme une absence irrégulière. Elle entraînera une retenue sur traitement et peut, dans certaines situations, justifier une radiation des cadres pour abandon de poste.

Art. 134 - Situation de conflits d'intérêts

Chaque professionnel doit veiller à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.

Art. 135 - L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du CHPC 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 les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'emplois et sous réserve d'information ou d'autorisation du CHPC.

Art. 136 - L'interdiction de tout avantage ou contreparties directes en nature ou en espèces

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

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

Art. 137 - L'interdiction des pourboires

Conformément aux dispositions du Code de la famille et du Code civil, les personnels du CHPC ont interdiction de recevoir des dons des personnes hospitalisées ou de se rendre acquéreur de biens appartenant à une personne âgée hébergée ou à une personne recevant des soins psychiatriques. Le dépôt des sommes d'argent ne peut se faire que dans les conditions prévues à l'article 33 du présent règlement.

Art. 138 - L'exécution des instructions données par la hiérarchie

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Chacun est tenu de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique et ne peut s'y soustraire que dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'ordre public. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

L'exécution des instructions données par la hiérarchie peut être levée dans certains cas :

- Lorsque l'ordre donné est manifestement illégal et susceptible de compromettre gravement l'intérêt public ;
- Lorsque l'agent a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie et pour sa santé. Il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation ;
- En cas de harcèlement. Aucune sanction ne peut être appliquée à un agent qui a subi un harcèlement sexuel ou moral et qui engage une action en justice.

Pour assurer la continuité du service public, il peut être demandé à un agent d'exécuter un travail qui n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'exécution de cet ordre ne peut être refusée. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions codifiées par les lois et règlements en vigueur.

Le fait d'obéir à un ordre illégal et susceptible de compromettre gravement l'ordre public peut entraîner des sanctions disciplinaires ou pénales.

Art. 139 - L'assiduité et la ponctualité

L'assiduité et la ponctualité des personnels de toute catégorie conditionnent la continuité et le bon fonctionnement des services. Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions dans leur respect. Les horaires de travail sont fixés par les tableaux de service et les plannings prévisionnels de travail. Tout retard ou absence doit être porté sans délai à la connaissance du supérieur hiérarchique.

Toute absence non prévue et n'ayant pas fait l'objet d'une demande préalable doit faire l'objet d'une information auprès du supérieur hiérarchique et être justifiée dans les 48 heures.

Art. 140 - Le devoir d'information du supérieur hiérarchique et d'alerte

Tout agent, quel que soit son grade ou sa fonction, doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service.

Cette obligation doit se traduire notamment dans les rapports circonstanciés qui peuvent être sollicités par l'encadrement. Il existe aussi un devoir d'alerte auprès de l'encadrement lorsque des éléments précis peuvent faire craindre la survenance d'un incident ou d'un dysfonctionnement.

Art. 141 - Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents du CHPC doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils doivent notamment porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et les équipements de protection individuelle adaptés aux risques et aux conditions de travail, garantir une hygiène scrupuleuse, ne pas porter de bijoux, respecter l'interdiction de fumer et de vapoter, comme celle d'introduire des boissons alcoolisées sur le lieu du travail. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers.

Le non-respect de son obligation de sécurité par l'agent peut justifier une sanction disciplinaire.

Pour des raisons d'hygiène, il est interdit au personnel de porter les tenues professionnelles au restaurant du personnel.

Art. 142 - L'exigence d'une tenue correcte

La tenue fait partie intégrante du respect dû aux patients. Une tenue correcte, tant dans l'habillement, les accessoires que dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel du CHPC. Elle doit être également compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public.

Art. 143 - L'identification des personnels

Afin d'être facilement identifiables, et à l'exception de certains services ou secteurs spécifiques identifiés, les personnels du CHPC sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles.

Art. 144 - L'utilisation de matériel audio

L'utilisation par le personnel de matériel audio, portable ou objet connecté, à des fins autres que professionnelles pendant le service est interdit dès lors qu'il nuit au bon fonctionnement du service, à la sécurité des professionnels et des usagers, ou encore à l'image de l'établissement.

Art. 145 - Le bon usage des biens du CHPC

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 le CHPC. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront l'hôpital à en demander la réparation pécuniaire, nonobstant d'éventuelles sanctions disciplinaires.

Ils veillent aussi, conformément aux objectifs de développement durable portés par l'établissement à faire bon usage des différentes ressources allouées.

Art. 146 - Les relations des personnels avec les médias

Les personnels hospitaliers sont tenus de respecter et de faire respecter les règles en matière d'accès des journalistes au sein de l'établissement et le droit à l'image. Les représentants de la presse n'ont accès aux services hospitaliers qu'avec l'autorisation du Directeur ou de son représentant.

Toute présence de journaliste non autorisé dans l'hôpital, doit être signalée à la Direction, auprès de laquelle seront requises les autorisations nécessaires, après information du chef de service ou de son représentant.

Dans tous les cas, dès lors que des patients peuvent être identifiés, leur accord écrit doit être recueilli.

Tout entretien accordé par le personnel dans le cadre de ses fonctions au CHPC est soumise à une autorisation préalable du Directeur de l'établissement.

Art. 147 - L'identité visuelle du CHPC

Le CHPC est doté d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique.

Sans préjudice des modalités d'identification complémentaires qui sont propres aux différentes composantes de l'établissement (instituts, etc.), les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent.

Tous les documents institutionnels d'information (courrier, plaquette, convocation d'hospitalisation, compte rendu ou clichés) et d'identification (badges) et tous les autres documents devant porter la marque « CHPC » doivent comporter au minimum le logo.

Art. 148 - Les sanctions disciplinaires

Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées **aux agents non titulaires** sont les suivantes :

- Avertissement ;
- Blâme;
- Exclusion temporaire des fonctions avec retenue de traitement pour une durée maximale de six mois pour les agents recrutés pour une durée déterminée et d'un an pour les agents sous contrat à durée indéterminée ;
- Licenciement, sans préavis ni indemnité de licenciement.

Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées **aux agents stagiaires** sont les suivantes :

- Avertissement ;
- Blâme.

- Exclusion temporaire de fonctions jusqu'à 2 mois ;
- Exclusion définitive du service.

Les sanctions disciplinaires susceptibles d'être appliquées **aux agents titulaires** sont les suivantes :

- Avertissement ;
- Blâme ;
- Radiation du tableau d'avancement ;
- Abaissement d'échelon ;
- Exclusion temporaire de fonctions jusqu'à 15 jours ;
- Rétrogradation ;
- Exclusion temporaire de fonctions de 3 mois à 2 ans ;
- Mise à la retraite d'office ;
- Révocation.

Le pouvoir disciplinaire est exercé par le chef d'établissement.

SOUS-SECTION 3 – DROITS ET GARANTIES DES PERSONNELS

Art. 149 - *La liberté d'opinion, de conscience, et la non-discrimination*

Chaque fonctionnaire ou agent public est libre de ses opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses. Celles-ci ne doivent faire l'objet d'aucune mention au dossier du professionnel et ne doivent avoir aucune influence sur sa carrière.

Art. 150 - *L'égalité de traitement*

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance vraie ou supposée à une ethnie.

Toutefois, des distinctions – validées par le service de santé au travail – peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Art. 151 - *La protection contre le harcèlement moral et sexuel*

Aucun membre du personnel ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, de compromettre son avenir professionnel, et de dégrader ses conditions de travail, ou de harcèlement sexuel dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers.

Art. 152 - La liberté d'expression et le droit à la participation

Le fonctionnaire ou agent public dispose du droit, par l'intermédiaire de ses représentants, de participer à l'élaboration des règles statutaires, à l'examen des décisions individuelles de carrière et à la définition et la gestion de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs du CHPC. Il dispose également du droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation du travail.

Art. 153 - Le droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels du CHPC sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers. Ce droit couvre la liberté de créer un syndicat, d'y adhérer et d'exercer un mandat syndical. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions et disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Art. 154 - Le droit de grève

Comme tout travailleur, le fonctionnaire ou agent public hospitalier a le droit de faire grève (droit reconnu par la Constitution). Ce droit de grève doit être concilié avec le principe de continuité du service public hospitalier. Cette règle impose la mise en place d'un service minimum afin d'assurer les besoins essentiels, tels que les soins urgents. Elle permet aux directeurs d'établissement, sur la base de la jurisprudence, de désigner par voie d'assignation les agents qui devront maintenir leur activité pendant la grève ; le nombre d'agents assignés doit être en rapport avec l'effectif nécessaire pour assurer la sécurité des patients.

Art. 155 - Le droit à une protection dans l'exercice de ses fonctions

En cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamation ou d'outrages vis-à-vis du personnel non liées à une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire ou agent public dispose du droit à une protection organisée par le CHPC. Il est également couvert par l'établissement en cas de condamnations prononcées contre lui pour faute de service.

Art. 156 - Le droit de retrait : cas d'un danger grave et imminent

L'agent dispose du droit de se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger, notamment en compromettant la continuité du service.

Dans ces conditions, l'agent alerte immédiatement sa hiérarchie de cette situation oralement ou par écrit, il dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou du lieu de travail.

L'agent reste néanmoins à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour vérifier la véracité de cette situation de danger et prend des dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger. L'agent ne peut quitter l'établissement sans autorisation.

L'administration informe le CHSCT des décisions prises.

Art. 157 - Le droit d'alerte : information de l'employeur par un représentant du personnel au CHSCT

Le représentant du personnel au CHSCT qui constate personnellement ou par l'intermédiaire d'un agent qu'il existe une cause de danger grave et imminent pour la vie d'un agent ou sa santé en avise immédiatement l'administration et consigne son avis par écrit sur le registre réservé à cet effet.

L'administration procède immédiatement à une enquête avec le représentant du CHSCT qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou les moyens à mettre en œuvre pour le faire cesser, le CHSCT est réuni d'urgence, au plus tard dans les vingt-quatre heures.

Si le désaccord persiste sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'inspecteur du travail est obligatoirement saisi par le CHPC.

Les consignations sans lien avec un danger grave et imminent font l'objet d'une réponse argumentée dans un délai de 8 jours dans la mesure du possible à compter de la date de réception. Cette réponse argumentée est transmise à l'ensemble des membres du CHSCT.

Art. 158 - Le droit à la formation professionnelle

Tout agent titulaire, stagiaire ou contractuel peut bénéficier de la formation professionnelle tout au long de la vie. Elle a pour but de permettre aux personnels hospitaliers d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser le développement professionnel.

Le CHPC veille à ce que l'ensemble de ses personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de développement professionnel continu. Aussi, un plan de formation est élaboré annuellement et présenté aux instances de l'établissement.

Art. 159 - Le droit d'accès au dossier administratif

Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées dans son dossier détenu par la Direction des Ressources Humaines. Ce dossier peut être consulté par l'agent à sa demande moyennant un préavis.

Une copie des pièces du dossier peut être remise à l'agent qui en fait la demande.

Il est le seul dossier opposable à l'agent. Les documents détenus au niveau des services ne peuvent comporter que des informations intéressant la gestion quotidienne.

SECTION II - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL

SOUS-SECTION 1 - LES STATUTS

Art. 160 - Le personnel médical à temps plein et à temps partiel

Les praticiens hospitaliers temps plein, qui consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital, et les praticiens à temps partiel sont nommés à titre permanent. Ils assurent des missions de soins, d'enseignement et de recherche.

Art. 161 - Les praticiens contractuels

Les praticiens contractuels sont recrutés par le Directeur et sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du chef de service. Ils sont recrutés pour faire face à un surcroît d'activité, pour assurer le remplacement de praticiens, pour exercer des missions spécifiques.

Art. 162 - Les internes

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation spécialisée. Ils consacrent la totalité de leurs temps à leurs activités médicales, médico techniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation.

Ils exercent leurs fonctions sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil.

Ils participent à la permanence des soins.

Art. 163 - Les étudiants hospitaliers

Les étudiants participent à l'activité hospitalière et ambulatoire sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés à la permanence des soins. Ils suivent les enseignements dispensés au sein du CHPC et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Art. 164 - Les sages-femmes

Les sages-femmes 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.

SOUS-SECTION 2 - REGLES, PRATIQUES ET DEONTOLOGIE SPECIFIQUES AU PERSONNEL MEDICAL

Art. 165 - Des agents publics non fonctionnaires

Bien que placés dans une position légale et réglementaire, les praticiens ont la qualité d'agents publics non fonctionnaires dans la mesure où ils sont exclus expressément du titre IV du statut général de la fonction publique.

Art. 166 - L'indépendance professionnelle

La condition de personne salariée de l'hôpital du praticien ne fait en aucune façon obstacle à son indépendance professionnelle dans l'exercice de son art.

Art. 167 - Le code de déontologie médicale

Tous les praticiens hospitaliers sont soumis au Code de déontologie médicale et peuvent se voir sanctionnés disciplinairement par le Conseil de l'Ordre en cas de manquement aux règles de ce code.

Art. 168 - La continuité du service

Les praticiens hospitaliers sont assujettis à des contraintes de service public et notamment à l'obligation d'effectuer des gardes et astreintes pour assurer la continuité du service. Les tableaux de service fixent les obligations relatives à l'activité des personnels médicaux. Ils ont pour objet de répartir l'activité et les horaires de travail entre les divers médecins travaillant dans l'hôpital, de façon à garantir la continuité des soins.

Art. 169 - La continuité et la coordination des soins

La continuité des soins et la coordination de la prise en charge des patients s'évaluent au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures. La continuité des soins concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement (secteurs de soins, secteurs logistiques, etc.).

Par ailleurs, l'établissement est organisé de façon à prendre en charge les urgences vitales :

- Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité ;
- Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement ;
- La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.

Art. 170 - L'obligation de développement professionnel continu

Tout médecin doit participer à un programme de développement professionnel continu. Le professionnel doit justifier de cet engagement devant leur ordre, l'Agence Régionale de Santé et leur employeur.

Art. 171 - L'éthique médicale

La pratique médicale s'exerce, au service de l'individu et de la santé publique, dans le respect de la vie humaine et de la personne.

Le médecin a un devoir d'assistance envers les patients et les blessés et une obligation de non-discrimination entre les patients (au titre de leur condition, nationalité, religion...). Il est par ailleurs tenu au secret professionnel.

Le médecin bénéficie de la liberté de prescrire dans la limite de ce qui est nécessaire, et de son indépendance professionnelle.

Art. 172 - Les devoirs envers les patients

Chaque médecin est responsable du patient qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens (et non de résultats) relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science.

Le médecin doit à son patient une information "loyale, claire et appropriée" et veille à sa bonne compréhension. Il a le devoir d'informer le patient, sauf raisons légitimes "appréciées en conscience", cette exception ne s'appliquant pas dans les cas d'affection exposant les tiers à un risque de contamination. Il a le devoir d'informer les proches d'un diagnostic fatal, sauf interdiction préalable du patient.

Le médecin doit rechercher le consentement du patient dans tous les cas et respecter sa volonté. Il doit s'efforcer de "soulager les souffrances du patient, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable" dans les investigations ou la thérapeutique. Il doit « accompagner le mourant » mais n'a pas le droit de "provoquer délibérément la mort".

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il a un rôle de protection de l'enfance, des mineurs et des personnes victimes de sévices ou de privations.

Art. 173 - Le secret médical

Le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire, non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. Le secret professionnel a un caractère collectif dans le cadre du service public hospitalier, ce qui permet la circulation du dossier médical du patient entre les services ou les établissements.

Le secret professionnel n'est opposable qu'aux tiers, mais jamais au patient.

La levée du secret médical doit concilier le pouvoir du Juge d'instruction de procéder "à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité", et l'obligation qui lui est faite de provoquer "toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel". Cette conciliation est résolue le plus souvent par la présence d'un représentant de l'Ordre des médecins lors de la saisie et de la remise des documents.

Dans ce cas, le médecin ne viole pas le secret médical, qui peut être levé au profit des Juges d'instruction ou des officiers de police judiciaire agissant sur commission rogatoire des magistrats, ou pour permettre la mise en œuvre d'une législation particulière (accidents du travail par exemple).

Les cas de levée du secret prévus par la loi sont les suivants :

1. Déclaration à l'autorité sanitaire de certaines maladies ;
2. Information des autorités dans un cas de maltraitance à enfant.

Art. 174 - L'activité libérale

Au sein des établissements publics de santé, l'exercice salarié de la médecine est la règle. Cependant, une activité libérale peut y être exercée par des médecins, dans certaines conditions.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico techniques. Aucun lit, ni aucune installation ne peut être réservé à l'activité libérale.

Les modalités d'exercice de cette activité font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien et l'hôpital, approuvé par l'Agence Régionale de Santé.

Une Commission de l'Activité Libérale veille au CHPC au bon déroulement de cette activité.

Dans ce mode d'exercice, le CHPC fournit les prestations hôtelières et si nécessaire du personnel non médical. A ce titre et pour cette part de la prise en charge, le patient, bien qu'il ait passé avec le médecin hospitalier un contrat de droit privé, est en position d'usager du service public hospitalier dans les conditions traditionnelles.

Art. 175 - Les sanctions disciplinaires

Les peines disciplinaires applicables **aux Praticiens hospitaliers titulaires** sont :

- l'avertissement ;
- le blâme ;
- la réduction d'ancienneté d'échelon ;
- l'abaissement d'échelon ;
- la suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération ;
- la mise à la retraite d'office ;
- la révocation avec ou sans suspension des droits à pension.

Le pouvoir disciplinaire est exercé par le Directeur du Centre national de gestion.

Pour **les praticiens hospitaliers contractuels**, le directeur peut, en cas de faute grave ou d'insuffisance professionnelle mettre fin au contrat par décision motivée prise après avis du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne et de la commission médicale d'établissement.

SECTION III PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET POLITIQUE SOCIALE

Le CHPC est engagé dans divers dispositifs à destination de ses professionnels, visant leur protection dans leur exercice professionnel, notamment face aux différents risques professionnels identifiés, ainsi que l'amélioration de leur qualité de vie au travail.

Art. 176 - L'attention portée à la prévention des risques professionnels

[1] Dispositions générales

Le CHPC a mis en place différents dispositifs dédiés à la prévention des risques professionnels et à la promotion de la qualité de vie au travail, permettant de mobiliser les acteurs concernés par ces questions ainsi que des moyens dédiés à ces éléments essentiels de promotion du bien-être au travail. Plusieurs dispositifs se complètent, pour porter des actions en faveur des professionnels du CHPC :

- le document unique,
- le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT),
- plans de prévention : plan de prévention des risques psychosociaux et d'amélioration de la qualité de vie au travail ; plan d'action dédié aux troubles musculo-squelettiques (TMS), etc.

[2] L'accompagnement d'un agent victime de violence

Le CHPC réaffirme le caractère inacceptable de tout acte de violence à l'encontre d'un professionnel du CHPC.

Aucun membre du personnel ne doit subir des comportements de violences physiques, verbales ou comportementales de la part d'un autre membre du personnel ou faire subir ces mêmes violences à un autre membre du personnel. L'établissement s'engage dans l'accompagnement des agents victimes de violence. Une conduite à tenir en cas d'agression est définie pour accompagner les professionnels face à ces situations. L'accompagnement d'un agent victime de violence doit mobiliser l'encadrement dès l'agression et à distance de celle-ci. Les procédures dédiées sont accessibles à tous les agents dans leur service et via le logiciel de gestion électronique des documents interne.

Art. 177 - Le service de santé au travail

Un service de santé au travail chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail, etc.) est organisé dans l'établissement.

Tout agent public de l'établissement bénéficie d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé en tenant compte de la nature du poste et de la catégorie de l'agent.

Chaque professionnel peut également bénéficier d'un examen médical par le service de santé au travail à sa demande.

Le service de santé au travail est enfin associé aux différents dispositifs mis en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail des professionnels du CHPC.

Art. 178 - Le service social du personnel

Le service social du personnel exerce son action en faveur du personnel rencontrant des difficultés sociales en lien avec leur exercice professionnel, ceci en étroite collaboration avec les services du pôle Ressources Humaines, le service de la santé au travail, les personnels d'encadrement et les partenaires sociaux. Dans un objectif d'accès aux droits, il développe des coopérations avec les services extérieurs (budget, logement...), contribuant ainsi à l'amélioration des conditions de vie des agents et favorisant ainsi l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Le service social du personnel accorde une attention particulière aux agents en situation de maladie.

Art. 179 - Accueil des nouveaux arrivants dans l'établissement

Tout agent nouvellement nommé dans l'établissement, installé récemment ou très prochainement dans ses fonctions, a le droit de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux instances représentatives et spécialisées, et plus généralement, au mode de fonctionnement du CHPC. Le professionnel doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement.

Une session d'accueil est organisée périodiquement par la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales.

Le livret d'accueil du personnel permet de compléter les informations données en séance sur la gestion, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement et sur les droits et obligations des agents hospitaliers.

Art. 180 - Autres services à la disposition des personnels de l'établissement

[1] Restauration sur place

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas sur place, en fonction de leurs horaires de travail, dans un lieu spécialement réservé à cet effet, à proximité de leur lieu de travail.

[2] Blanchisserie

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par la blanchisserie de l'établissement.

[3] Vestiaires

Un vestiaire est mis à la disposition de chaque agent soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail qui peut y déposer ses effets et objets personnels.

L'établissement dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

[4] Dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnements

Comme employeur, le CHPC participe à hauteur de 50 % des frais de transports collectifs utilisés par le personnel du CHPC dans leurs trajets domicile-travail sur demande et sur présentation de justificatifs, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur".

Des stationnements sont également mis à disposition des agents, sous conditions et en fonction de critères de priorité établis par l'établissement et des places disponibles.

Par ailleurs, l'établissement propose au personnel du CHPC des enclos sécurisés pour les vélos. L'accès au local se fait grâce à la carte professionnelle, sur simple demande auprès du service de sécurité. L'établissement n'est en aucun cas tenu pour responsable du vélo ou de tout bien laissé dans ces enclos, dont la sécurisation reste à la charge du propriétaire.

[5] Amicale du personnel et comité de gestion des œuvres sociales

Les agents du CHPC disposent également au sein de l'établissement d'une antenne du CGOS, organisme auquel ils peuvent s'inscrire pour bénéficier de certains dispositifs ainsi que d'une amicale du personnel.

[6] Internat

Les internes du CHPC sont logés et nourris à l'internat dans la limite des places disponibles. Conformément au statut de l'interne, les internes non logés (non nourris) ont droit à une indemnisation.

L'internat fait partie intégrante du CHPC. Les espaces collectifs sont soumis au présent règlement intérieur et notamment aux règles relatives à la sécurité ainsi qu'au respect du repos des usagers et à la lutte contre le bruit.

[7] Crèche

Le CHPC dispose de places en crèche. Les modalités de fonctionnement de ce service sont décrites sur l'intranet du CHPC.

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES A LA SECURITE

Section I

Dispositions générales

Section II

Règles de sécurité générale

Section III

Règles de sécurité propres au fonctionnement du CHPC

Section IV

Règles de circulation et de stationnement

Section V

Dispositions diverses relatives à la sécurité et à l'hygiène

Le CHPC se dote d'un plan de sécurité d'établissement (PSE) afin de prévoir une stratégie de protection au sein de l'établissement. Ce PSE comprend deux volets distincts :

- Un volet de portée générale composée des mesures globales de sécurisation liées à la protection du CHPC dans la durée et intégrant les mesures liées au plan Vigipirate ;
- Un volet de gestion de crise, traitant des mesures particulières et immédiates de sécurité à mettre en œuvre notamment en cas de survenance d'un attentat au niveau local et des risques potentiels de sur-attentat pour l'établissement.

SECTION I - DISPOSITIONS GENERALES

Art. 181 - Finalités des règles de sécurité

Les règles de sécurité 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 ou accidentelle, dus à des malveillances, des défaillances techniques, des défaillances humaines ou des facteurs naturels et 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. Elles doivent en permanence être proportionnées aux besoins du site.

Art. 182 - Pouvoir de police du Directeur : édition et mise en œuvre des règles de sécurité

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

Le Directeur est garant de la politique générale de sécurité sur l'ensemble des établissements du CHPC. Il veille, en tant que responsable de la conduite générale et du bon fonctionnement du CHPC, au respect des règles de sécurité et de fonctionnement de l'hôpital.

Les directeurs-adjoints désignés, représentant le Directeur, contribuent à la bonne mise en œuvre de cette politique de sécurité et des obligations qui en découlent dès lors qu'elles ont une incidence sur le fonctionnement des services relevant de leur compétence. Ils coordonnent les actions de sécurité par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de leur pouvoir de police et d'organisation de service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Art. 183 - Les personnels chargés de la sécurité et de la sûreté

Sous la direction du Directeur, les personnels chargés de la sécurité, veillant plus particulièrement à la sécurité des biens et à la protection des personnes, contribuent à la sécurité au sein de l'établissement.

Ce service assurent les missions de prévention et d'intervention en matière de sécurité des biens et des personnes vis à vis des risques d'incendie, de panique et de malveillance sur les différents sites de l'hôpital.

Tous les personnels de ce service exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur logistique représentant le Directeur, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 et des textes pris en application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils ne peuvent intervenir dans les services et unités de soins qu'à la demande du Directeur, son représentant, ou des personnels responsables de ces services et unités.

En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à l'article 183 du présent règlement, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à aucune fouille, ni à l'ouverture d'un vestiaire ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier ; ils ne peuvent effectuer ni vérification d'identité ni autres investigations.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

Art. 184 - Circonstances exceptionnelles

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

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur ou son représentant peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès aux sites de l'hôpital à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidé comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules.

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur ou son représentant, 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 plans d'urgence, le Directeur ou son représentant prend toutes les mesures indispensables à l'exécution du service public hospitalier.

Art. 185 - Plan blanc d'établissement et plan départemental de mobilisation

Le CHPC est doté d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc d'établissement » 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 ou son représentant, qui en informe sans délai le préfet de département, ou à la demande de ce dernier.

Le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année.

Dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, dénommé « plan départemental de mobilisation », si l'afflux de patients ou de victimes ou si la situation sanitaire le justifie, le préfet de 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 de santé ou établissement médico-social. Il informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan.

Art. 186 - Matériels de sécurité générale

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le Directeur aux instances représentatives compétentes du CHPC.

Des matériels de vidéo protection sont susceptibles d'être mis en œuvre aux fins d'assurer la sécurité des personnes vis à vis des risques d'agression et de vols. Ces installations doivent observer les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 et des décrets pris en application et doivent faire l'objet d'une autorisation préfectorale.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Art. 187 - Rapports avec l'autorité judiciaire

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

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

Art. 188 - Rapports avec les autorités de police

Le Directeur ou son représentant, est seul habilité à exercer l'autorité de police sur les différents sites hospitaliers, en faisant procéder aux réquisitions nécessaires des services de police.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur ou son représentant doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

Art. 189 - Témoignages en justice ou auprès de la Police

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

Art. 190 - Responsabilité en matière de sécurité

La mise en œuvre par le CHPC de mesures de protection et de surveillance pour prévenir 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 du CHPC engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Le CHPC assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les patients, visiteurs ou personnels victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le Directeur porte plainte pour les dommages subis par le CHPC.

Art. 191 - Opposabilité des règles de sécurité

Toute personne ayant pénétré dans l'enceinte de l'hôpital, quelque que soit son statut et la raison de sa présence, doit dans l'intérêt général se conformer aux règles de sécurité. Elle doit respecter les consignes qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

A défaut de spécifications contraires dans les conventions qui lient le CHPC à certains organismes logés sur son domaine, les règles de sécurité en vigueur au sein des sites de l'hôpital leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est transmis à cet effet. Les dits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Art. 192 - Garde de direction

Tout incident, malveillance ou accident, doit faire l'objet d'une information formalisée dans un rapport quotidien de garde auprès de la direction du CHPC. Le Directeur désigné selon son champ de compétences représentant le Directeur est tenu informé le plus rapidement possible des atteintes éventuelles à la sécurité et au fonctionnement de l'hôpital. Le week-end et la nuit, la permanence de direction est assurée par le Directeur de garde joignable par l'intermédiaire de standard du CHPC.

SECTION II - REGLES DE SECURITE GENERALE

Art. 193 - La sécurité des biens

La sécurité des biens vise la protection des biens des patients et du patrimoine mobilier et immobilier du CHPC. Les biens du patient hospitalisé peuvent faire l'objet d'un dépôt selon la procédure décrite à l'article 33 du présent règlement. Ce dépôt s'effectue sur la demande de l'hospitalisé qui doit y être invité au moment de son admission par le personnel hospitalier. En cas d'inconscience du patient ou d'hospitalisation en urgence, le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement, après inventaire contradictoire des biens par ce dernier et l'accompagnant du patient, ou à défaut, un témoin.

La bonne conservation des biens de l'hôpital engage la responsabilité des agents du CHPC. Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par le CHPC. Les personnels de l'hôpital sont également invités à maintenir fermés les locaux pour lesquels il est prévu une clé ou un système de fermeture automatique, faute de quoi leur responsabilité pourrait être engagée en cas de vol. Toute dégradation volontaire ou incurie caractérisée peut entraîner le remboursement par l'agent fautif des dégâts causés.

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent, ne peut entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'établissement.

Art. 194 - La sécurité des personnes

La sécurité des personnes vise la protection de l'intégrité physique des usagers, des personnels et des tiers présents dans l'enceinte du CHPC. L'ensemble des dispositions de sécurité générale et de fonctionnement spécifique a vocation à y concourir.

Tout acte de violence, d'agressivité ou de non-respect manifeste d'un patient ou d'un tiers envers un membre du personnel pourra faire l'objet d'un signalement aux forces de l'ordre et d'une procédure judiciaire.

Art. 195 - L'intervention des personnels du CHPC en cas d'urgence survenant à l'intérieur de l'établissement

En cas d'urgence signalée dans l'enceinte ou à proximité directe des sites du CHPC, les personnels du CHPC, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours à toute personne en péril au sein de l'établissement. En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

- L'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (appeler le 15 / SAMU, SMUR ou centre de secours) ;
- L'appel au service sécurité "18" pour avoir de l'aide ou faciliter l'accès des secours.

Une procédure "Prise en charge urgences vitales" visant à garantir la prise en charge des urgences vitales la plus précoce et la plus efficace possible, qu'elles surviennent dans les services de soins, d'investigations ou dans tout autre secteur au sein de tous les sites de l'établissement, est mise à la disposition de tous les agents du CHPC.

Art. 196 - L'accès aux sites du CHPC, dispositions générales

L'accès aux sites du CHPC est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions professionnelles.

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 certaines mesures restrictives.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à l'une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur ou de son représentant. Le Directeur doit être avisé immédiatement de la présence de tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée. Il veille à ce que ces derniers soient invités à quitter les lieux et, si besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital.

De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions du présent règlement, il est interdit d'introduire à l'hôpital 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 autorités de police, contre récépissé.

Les animaux, domestiques ou non, ne peuvent être introduits dans l'enceinte du CHPC, à l'exception des chiens des personnes non voyantes qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans les halls d'accueil.

Art. 197 - L'accès aux sites du CHPC, dispositions spécifiques

L'accès des personnels de l'hôpital se fait par les issues qui leur sont dédiées.

L'accès des visiteurs et accompagnants est libre aux heures de visite convenues dans le service, sous réserve du respect du repos des hospitalisés comme du fonctionnement du service. Tout accompagnant ou visiteur 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, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'établissement.

L'accès des tiers devant intervenir dans l'enceinte de l'hôpital en raison de maintenance ou de travaux est prévu par le cahier des clauses techniques particulières du contrat qui lie l'entreprise concernée au CHPC. Le responsable de l'équipe d'intervention est tenu de se présenter auprès de l'interlocuteur qui lui a été indiqué avant de se rendre sur le lieu d'intervention et de fournir à ce dernier la liste des noms des intervenants présents dans l'enceinte de l'hôpital.

L'accès des professionnels de la presse écrite et audio-visuelle (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'hôpital doivent préalablement faire l'objet d'une information au Directeur ou à son représentant. Ils sont conditionnés à une autorisation écrite de la direction du CHPC, donnée après avis du Directeur et du chef de service ou du responsable de pôle concerné.

L'accès des professionnels de la presse et des autres médias (radio, télévision...) au patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Ce consentement doit être recueilli par écrit par le professionnel concerné. Les images des patients sont prises sous l'entière responsabilité des professionnels de la presse ; le CHPC ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

L'accès des fournisseurs de matériels, de produits pharmaceutiques et de laboratoire ne peut se faire sans l'autorisation explicite du Directeur ou de son représentant, après accord du chef de service concerné. Toute démonstration, tout test ou prêt de matériel doit être préalablement autorisé par les services «acheteurs» de l'hôpital.

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

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

Les réunions publiques sont interdites au CHPC, sauf autorisation expresse du Directeur ou de son représentant.

SECTION III - REGLES DE SECURITE PROPRES AU FONCTIONNEMENT

Art. 198 - La sécurité incendie

Le CHPC est assujéti au règlement de sécurité général contre les risques d'incendie et de panique relatif aux établissements recevant du public et aux immeubles de grande hauteur ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie. Cette formation est obligatoire, aucun membre du personnel ne saurait être exempté.

L'ensemble du personnel hospitalier est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie.

En cas d'incendie, le personnel est tenu de se conformer aux consignes de sécurité prévues et affichées à chaque entrée et issue de service. La formation à la sécurité incendie est une formation obligatoire dont aucun personnel ne saurait être exempté.

Certains locaux hospitaliers sont répertoriés comme étant des locaux à risque particulier d'incendie. Toute réaffectation de local quelle qu'elle soit, réaménagement ou déplacement de matériels et de mobiliers pouvant influencer sur le degré de risque du local doit donc être systématiquement signalé au Directeur logistique ou à son représentant qui prend les avis techniques nécessaires et décide ou non de son autorisation.

Le personnel hospitalier doit veiller en permanence à la vacuité des circulations et des issues de secours en évitant tout encombrement de matériel. Il est notamment interdit de caler en position ouverte les portes coupe-feu équipées de ferme porte.

Le personnel doit veiller également à limiter le potentiel calorifique dans les locaux en évacuant régulièrement les cartons, les emballages, les papiers et matériels inutilisés.

L'hôpital doit tenir un registre "sécurité" sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies. Parmi ces renseignements, doivent figurer :

1. L'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, en particulier l'agent chargé de la sécurité désigné par le Directeur ;
2. Les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
3. Les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu,
4. Les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu...) ;
5. Les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans l'établissement ;
6. Tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont communiqués à la commission départementale de sécurité à l'occasion de ses passages au sein de l'hôpital.

Les plans d'établissement répertoriés des principaux sites hospitaliers sont mis à jour régulièrement en concertation avec les services d'incendie et de secours.

Art. 199 - La sécurité technique

La sécurité technique comprend, sur les différents sites, la surveillance, le suivi et le contrôle des alarmes techniques, la disponibilité permanente des groupes électrogènes, de la distribution électrique et des fluides médicaux.

La continuité du service électrique vise notamment à assurer le secours de l'ensemble des blocs opératoires et des appareils de maintenance et de suppléance en fonctionnement dans les services de soins du CHPC. Les prises de secours, repérables à leur partie rouge, sont exclusivement affectées à cet effet et ne sauraient en aucun cas être débranchées et utilisées à d'autres fins.

Le Directeur organise la garde technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour garantir la sécurité du fonctionnement de l'hôpital. Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent une garde.

Art. 200 - La sécurité informatique

Le CHPC s'est doté d'une politique sécurité en matière informatique. Celle-ci prévoit l'application d'une Charte utilisateur du système d'information du CHPC dans le but :

- D'assurer à chaque utilisateur un accès optimal au système d'information en termes de fonctionnalités et de performance ;
- De garantir le respect de la réglementation et de l'éthique ;
- D'être conforme à la politique de sécurité du système d'information.

Cette Charte est annexée au présent règlement et peut être consultée sur le site Intranet du CHPC.

SECTION IV - REGLES DE CIRCULATION ET DE STATIONNEMENT

Art. 201 - Statut et destination de la voirie intérieure hospitalière

Les voies de desserte établies dans l'enceinte des sites composant le CHPC constituent des dépendances du domaine public de l'établissement que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation des membres du personnel, des usagers du service public hospitalier, et des personnes spécialement habilitées par le Directeur ou son représentant. Elles ne peuvent être regardées comme des voies ouvertes à la circulation publique.

Art. 202 - Application du Code de la route

Les dispositions du Code de la route, matérialisées par les éléments de signalisation normalisés, sont intégralement applicables dans l'enceinte du CHPC. Sauf mention contraire, la vitesse des véhicules est limitée à 20 kilomètres/heure.

Les conducteurs des véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de nuisance sonore. Conformément au Code de la route, l'usage de l'avertisseur sonore n'est autorisé qu'en cas de danger immédiat.

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives du CHPC. Dans ce cadre et sous réserve de l'application du Code de la route, le Directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le Directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions, camping-cars et caravanes).

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

Art. 203 - Stationnement dans l'enceinte du CHPC

[1] Dispositions générales

Le stationnement des véhicules dans l'enceinte du CHPC est interdit en dehors des emplacements de stationnement matérialisés à cet effet, sur la voirie intérieure. Sur demande de la direction, la police peut être amenée à verbaliser les contrevenants.

Des aires de stationnement sont réservées à certains personnels hospitaliers, ainsi qu'à des personnes qui, par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement et qui ont été autorisées par le Directeur ou son représentant à laisser leur véhicule stationné sur les aires de parking.

[2] Accès aux parkings pour les usagers du CH

Selon les possibilités de la voirie intérieure de chaque site de l'établissement, des aires de stationnement sont réservées aux usagers et visiteurs.

Par ailleurs, des parkings publics sont disponibles à proximité de certains sites du CHPC.

Le stationnement prolongé, au-delà de 7 jours, est strictement interdit. Le propriétaire s'expose à une mise en fourrière.

[3] Accès aux parkings pour les professionnels du CHPC

Sous réserve d'éligibilité aux critères institutionnels d'attribution, des accès parkings peuvent être accordés aux personnels de l'établissement.

L'accès aux parkings est strictement réservé à l'usage professionnel, dans les horaires de travail uniquement.

Toute utilisation abusive constatée sera sanctionnée par un retrait temporaire ou définitif du droit d'accès aux parkings.

Art. 204 - Dispositions spécifiques

En sus des règles générales précitées, des dispositions spécifiques temporaires ou permanentes, à application restreinte ou non, peuvent être communiquées aux usagers par tout moyen approprié (consignes, affichage ou règlement particulier) sur décision du Directeur ou son représentant.

Art. 205 - Limite de responsabilité du CHPC dans l'utilisation de la voirie intérieure

L'autorisation de circuler et de stationner constitue une tolérance de l'établissement. Elle ne saurait engager la responsabilité du CHPC, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

Art. 206 - Police de la voirie intérieure

Les automobilistes sont tenus de se conformer aux signalisations de la voirie intérieure. Leur attention doit être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier – entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) ou abusif peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires.

Le Directeur ou son représentant est en effet susceptible de faire appel aux forces de police, à la fourrière, ou de faire assurer sans mise en demeure préalable le déplacement du véhicule, lorsque le stationnement de celui-ci entrave gravement la circulation, met en péril la sécurité des personnes, des biens ou des installations, ou de manière générale compromet le fonctionnement du service public hospitalier. Il en sera de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Art. 207 - Respect de la voirie intérieure

Sous la responsabilité du Directeur ou de son représentant, les agents en charge de la sécurité au CHPC sont chargés de veiller au respect des prescriptions visées ci-dessus. Le refus opposé par tout agent hospitalier à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

SECTION V - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES A LA SECURITE ET A L'HYGIENE

Art. 208 - Hygiène à l'hôpital

→ Tous secteurs d'activités

Une stricte hygiène corporelle est de règle au CHPC. Chacun est tenu de l'observer, quel que soit son secteur d'activité.

Chaque agent disposant d'un casier-vestiaire est tenu d'en assurer régulièrement l'entretien intérieur.

Cas des badges

Les badges en bois sont interdits. Les badges disposant d'une fermeture de type épingle sont également proscrits en raison d'un risque avéré de dégradation du linge (fils tirés sur des serviettes éponge) ou du matériel en blanchisserie lorsqu'ils sont oubliés sur les tenues professionnelles. Les badges plastifiés montés sur cordon ou munis d'une pince crocodile sont autorisés.

→ En secteur logistique

Sur certains postes de travail, en fonction de l'évaluation du risque de choc ou de traumatisme (en référence au Document Unique d'évaluation des risques professionnels), le port de chaussures dites « de sécurité » pourra être exigé (ateliers, cuisines...). D'une manière générale, les agents sont invités à utiliser les Equipements de Protection Individuelle disponibles ou à solliciter leur mise à disposition s'ils la jugent pertinente.

→ En secteur de soins et en secteurs médico-techniques

Les cheveux sont propres, courts ou attachés et relevés.

La tenue professionnelle "type", définie pour chaque professionnel, doit être respectée, dans sa conception (blouse, association tunique plus pantalon ou autre) comme dans sa présentation (propreté). Des demandes de modifications de tenue ou des réajustements de taille restent toutefois possibles sur demande motivée de l'agent auprès de la blanchisserie.

L'évacuation de la tenue professionnelle sale est à la charge de l'agent ; elle doit s'effectuer dans le sac à linge spécifique (Cf. fiche de pré-classement du linge disponible sur APTA) habituellement localisé dans les vestiaires.

Dans les secteurs protégés à tenue spécifique différenciée (couleur), cette dernière est impérativement enlevée à la sortie du secteur protégé pour revêtir une tenue standard ou des vêtements civils. De rares dérogations peuvent exister à cette règle (urgence...), elles sont décrites dans la charte de fonctionnement du secteur protégé concerné.

Les effets personnels positionnés sous ou sur la tenue professionnelle, tels que foulards, sous-vêtements à manches longues, gilets en laine ou en polaire sont interdits. Les avant-bras doivent rester dégagés.

Les chaussures, réservées à l'usage hospitalier, sont couvrantes, faciles à entretenir et de préférence silencieuses. Elles peuvent être achetées par l'agent ou fournies par l'établissement en fonction du secteur d'activité concerné et/ou de la stratégie retenue. Les tongs et claquettes ne répondent pas à ces exigences.

Hygiène des mains et port de bijou

Dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales manuportées et de la gestion du risque infectieux en général, une attention particulière doit être apportée à l'hygiène des mains. **Les bijoux aux mains et aux poignets sont proscrits, y compris la montre et l'alliance (même lisse).** Les ongles doivent être courts, propres et sans vernis, même transparent. Les faux-ongles et manucures artistiques (nail art) sont interdits.

Le port d'autres bijoux (colliers, boucles d'oreilles) reste à discrétion ; ceux-ci ne doivent pas interférer avec les soins, entraver les mouvements du soignant ou le mettre en danger en cas de réaction imprévue et inappropriée d'un patient ou d'un résident (ex : lobe d'oreille fendu par arrachage lors d'une traction sur une boucle d'oreille pendante).

Cas des piercings

Les piercings situés sur des zones du corps couvertes par la tenue professionnelle ne font l'objet d'aucune recommandation particulière. Les piercings récents au cartilage ou au lobe de l'oreille doivent être protégés par un pansement jusqu'à cicatrisation complète (4 à 8 semaines pour le lobe, 3 à 9 mois pour le cartilage). Il en va de même pour les piercings arcade et anti-arcade. **Les piercings qui établissent une jonction entre une peau et une muqueuse et créent par conséquent une porte d'entrée (et de sortie) pour les micro-organismes préjudiciable aux agents comme aux patients, sont proscrits chez les soignants.** Il s'agit des piercings au labret et au nez (narine et septum) ainsi que de leurs variantes (Madonna, Medusa, Snakebites, Spiderbites...)

Art. 209 - Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du CHPC fermés et couverts, qu'il s'agisse des locaux dédiés à l'accueil et aux soins des patients ou aux activités techniques et administratives. Les mêmes restrictions s'appliquent à l'usage de la cigarette électronique. Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires et pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Art. 210 - Dispositions relatives à l'usage de boissons alcoolisées

Il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer dans l'établissement en état d'ivresse.

Conformément aux dispositions du code du travail, il est interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées dans les locaux de travail.

En cas de suspicion d'état d'ébriété, ainsi que pour les personnels affectés sur des postes à risques, il peut être fait recours à l'alcootest. En cas de résultat positif, l'agent est immédiatement retiré de son poste. En cas de non-respect de ces dispositions, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires.

Art. 211 - Déchets hospitaliers

Le personnel de l'hôpital et de toute entreprise ou association hébergée dans son enceinte est tenu de respecter scrupuleusement la traçabilité et les procédures de tri, d'évacuation et d'élimination des déchets solides, liquides ou radioactifs. Le strict respect de ces règles permet de garantir l'hygiène dans les locaux et la protection des personnels de la manutention et en charge de la gestion des déchets. Il se réfère pour cela aux documents existants.

Art. 212 - Tri du linge

Le personnel des services de soins est tenu de respecter scrupuleusement les procédures de pré-tri et d'évacuation du linge qui garantissent l'hygiène dans les locaux et la protection des personnels de la manutention et de la blanchisserie du CHPC. Il se réfère pour cela aux documents existants disponibles sous Intranet.

CHAPITRE VII : APPROBATION, DISPOSITION ET MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR

Approbation, mise à disposition et mise à jour du règlement intérieur

Art. 213 - Approbation du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est élaboré avec la participation de la commission des usagers (CDU).

Il est arrêté par le Directeur après concertation avec le Directoire. Il est soumis pour consultation à la Commission Médicale d'Etablissement et au Comité Technique d'Etablissement. Il est présenté pour avis au Conseil de Surveillance et pour information à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques.

Il prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date d'arrêté par le Directeur général. Il est complété de tout document soumis au délibéré des instances et portant règlement intérieur particulier.

Art. 214 - Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, en format électronique sur le site internet de l'établissement ou via le logiciel de gestion électronique des documents interne. Un exemplaire papier peut également être consulté sur demande, auprès des différents secrétariats, bureau d'admissions et de l'encadrement de chaque service de soins.

Art. 215 - Mise à jour du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur fera l'objet de mises à jour régulières, dans les formes prescrites par la réglementation, notamment lorsque des dispositions légales ou réglementaires nécessiteraient d'en modifier le contenu.

Art. 216 - Opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose à l'ensemble des personnels participant à l'organisation du service public et aux usagers du service public. La méconnaissance de ce règlement intérieur ou la conduite volontaire d'acte délictuel dans son domaine peut être constitutive d'une faute et motiver une sanction.

ANNEXES

Annexe 1 - Composition des pôles d'activité à la date du 1^{er} janvier 2018

Annexe 2 - Charte de la personne hospitalisée

Annexe 3 - Charte utilisateur du système d'information du CHPC

Annexe 1 - Composition des pôles d'activité à la date du 1^{er} janvier 2018

Pôles	Services et activités
<p>Pôle I Services de médecines intensives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie • Brancardage • Chambre mortuaire • Cardiologie CS EXT • Cardiologie HC • Cardiologie HDS • Cardiologie SC • Cardiologie SI • Hémodialyse • Unité de dialyse médicalisée + dialyse péritonéale • Néphrologie CS EXT • Néphrologie HC +HDJ • Consultations mémoire • Neurologie CS EXT • Neurologie HC • Neurologie SC • Neurologie SI • Unité d'évaluation neuro-gériatrique • Réanimation • SMUR aérien pour ordre • SMUR terrestre • UHCD Cherbourg • Urgences Cherbourg • CSNP Valognes • Coordination des prélèvements d'organes
<p>Pôle F Femme- Enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biberonnerie - lactarium • Néonatalogie CS EXT • Néonatalogie soins continus • Néonatalogie REA • Néonatalogie SI • Bloc obstétrique • Centre périnatal de proximité • Obstétrique CS EXT • Obstétrique HC • Centre de planification • SIG Gynécologie • SIG Gynécologie 3040i • SIG Gynécologie RU • Accueil d'urgences gynécologiques • Pédiatrie CS EXT • Pédiatrie HC • Pédiatrie HJ • Pédiatrie SC • Accueil d'urgences pédiatriques • AMP – Fondation Bon sauveur

<p>Pôle M Spécialités médicales et SSR gériatrique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chambre sécurisée • Equipe mobile d'évaluation gériatrique (MIG) • Médecine gériatrique CS EXT +consultations mémoire (UENG) • Médecine gériatrique HC • Maladie infectieuse • Médecine interne • Médecine polyvalente Valognes • Pôle M HJ • Pôle M HJ Gériatrie • Pôle M HJ Hépatogastroentéro • Pôle M HJ Médecine polyvalente • Pôle M HJ Neurologie • Pôle M HJ Oncologie • Pôle M HJ Pneumologie • Pôle M HJ Rhumato dermato • HDJ douleur • Rhumato Dermato Endocrino Diabète (RDED) • Diabète- endocrino (MIG) • Pôle M HDS • Médecine Alzheimer • Soins de Suite et de Réadaptation (neuro végétatifs) • Soins de Suite et de Réadaptation 1 • Soins de Suite et de Réadaptation 2 • Soins de Suite et de Réadaptation 3 • SSR Alzheimer • Unité Cognitivo-Comportementale • Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (MIG) • Brancardage Valognes • Dépôt mortuaire Valognes
<p>Pôle C Médico- chirurgical</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie ambulatoire • Chirurgies HC • Chirurgies HDS • Consultation de pathologie professionnelle • Hématologie CS EXT • Hépatogastro CS EXT • Hépatogastro HC • Hospitalisation à domicile • Diabétologie - Endocrinologie • Hépatogastro-Entérologie • Oncologie CS EXT • Oncologie HC • Oncologie HJ • Oncologie HS • Pneumologie CS EXT • Pneumologie HC • Pneumologie HS • Radiothérapie • Radiothérapie CS EXT

<p>Pôle P prestataires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bloc opératoire central • Département d'information médicale • Service central des dossiers médicaux • Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs • Unité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales • Imagerie médicale • Dépôt de sang • Laboratoire de biologie médicale • Médecine physique et de réadaptation • Centre de vaccination Valognes • Valognes CS EXT • Consultations douleur • Pharmacie • Stérilisation • Radioprotection Cherbourg-Valognes • Registre des cancers • Laboratoire d'anatomie pathologique • Diététique • CS EXT chir anesthésie + spécialités Cherbourg • CS EXT médecine Cherbourg
<p>Pôle A Administratif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Associations • Réseau Présage • Direction de la qualité et prévention des risques • Direction des affaires médicales • Service communication • Bureau du mouvement • Bureau du mouvement CS EXT • Centre informatique • Culte aumônerie • Standard • Accueil et gestion des malades • Vaguemestre • Direction Administrative des Affaires Financières et du Système d'Information • Direction des ressources humaines • Gestion des ressources humaines • Service de santé au travail • Service social • Syndicats • Direction des soins • Pool de remplacement • Direction générale • Direction logistique • Parcs et jardins • Production, distribution, régulation • Sécurité • Service biomédical • Service plan et travaux • Structures, espaces • Etablissement français du sang

<p>Pôle A Administratif</p>	<ul style="list-style-type: none">• Institut de formation d'aides-soignants• Institut de formation en soins infirmiers• Pool soignant• EHPAD le Gros Hêtre• EHPAD Pays Valognais• Animation action sociale patients - École pédiatrie• Ateliers Valognes• Blanchisserie• Cuisine• Cuisine relais• Eau gaz électricité chauffage• Garage• Hygiène - Maintenance locaux - Logistique• Internat• Magasin• Reprographie• Service intérieur• Services économiques• Traitement des déchets
---------------------------------	--

Charte de la personne hospitalisée

Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006

PRINCIPES GENERAUX :



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site WWW.sante.gouv.fr



**CHARTER D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES
DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION**



**CHARTER D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE
L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION**

(CHARTER INFORMATIQUE)

Ce document est la propriété du CH Public du Cotentin. Les informations qu'il contient sont la propriété de l'établissement et ne peuvent pas être reproduites en totalité ou en partie ou être transmises par tout moyen sans l'autorisation écrite de l'établissement.



CHARTRE D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

AUTEUR(S)

Fonction	Nom	Date
AMOA HN	Didier PESCARMONA	14/12/2015
TSH - Informatique	Pierre GAONAC'H	18/02/2016
RSSI	Thierry PORET	18/02/2016

RELECTEURS

Fonction	Nom	Date
Directeur DAFSI	Xavier BIAIS	02/03/2016

VALIDATION

Fonction	Nom	Date
Directeur	Maxime MORIN	

HISTORIQUE DU DOCUMENT

Version	Date	Description	Détails
0.1	14/12/2015	Version initiale	
0.1-2		Annotation Xavier BIAIS	
0.1.3	07/01/2016	Didier PESCARMONA : prise en compte des remarques de XBIAIS Ajout des éléments issus du groupe de travail accessibilité du 14/02/2011	
2.0	02/03/2016	Compléments et mise en forme - RSSI	

SOMMAIRE

1	Objet de la charte	4
2	Champ d'application de la Charte	4
3	Définitions	5
4	Article 1 : Accès aux systèmes d'information.....	5
5	Article 2 : Gestion des mots de passe et codes d'accès.....	6
6	Article 3 : Verrouillage des postes de travail	6
7	Article 4 : Usage de la messagerie électronique professionnelle	6
8	Article 5 : Utilisation des matériels et des espaces de stockage	7
9	Article 6 : Usage de l'Internet.....	8
10	Article 7 : Utilisation du système d'information à distance.....	9
11	Article 8 : Confidentialité et secret professionnel.....	9
12	Article 9 : Propriété intellectuelle	10
13	Article 10 : Protection de l'image de l'établissement.....	10
14	Article 11 : Existence d'une tolérance d'un usage privé	10
15	Article 12 : Dispositions en cas d'absence d'un salarié	11
16	Article 13 : Preuve	11
17	Conclusion	11
18	Textes de référence	12
19	Entrée en vigueur.....	13

1 Objet de la charte

Ce document constitue la Charte d'utilisation des systèmes d'information du CH Public du Cotentin.

Elle a pour objet de décrire les règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et de télécommunications de l'établissement.

Elle rappelle aux utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Cette charte a été rédigée dans un but de transparence à l'égard des utilisateurs, de promotion d'une utilisation loyale, responsable et sécurisée du système d'information.

Elle s'inscrit dans :

- Un cadre réglementaire défini par le code pénal, le code de la propriété intellectuelle et le code de la santé publique. Ce cadre est décrit au **chapitre 18 « Textes de référence » de la présente charte**,
- Le dispositif général de gouvernance de la Sécurité des Systèmes d'Information en place au sein de l'établissement.

L'utilisation du système d'information et de communication doit être effectuée, sauf exception prévue dans la présente charte, à des fins exclusivement professionnelles.

Elle a été validée par la Direction de l'établissement.

2 Champ d'application de la Charte

L'établissement de santé héberge des données et des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, ...), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, ...).

L'information se présente sous de multiples formes : stockée sous forme numérique sur des supports informatiques, imprimée ou écrite sur papier, imprimée sur des films (images), transmise par des réseaux informatiques privés ou internet, par la poste, oralement et/ou par téléphone,...

La sécurité de l'information est caractérisée comme étant la préservation de :

- Sa disponibilité : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin,
- Son intégrité : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie,
- Sa confidentialité : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder,
- Sa traçabilité : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

La présente Charte définit les droits et devoirs de chaque utilisateur.

Elle est remise à tout nouvel arrivant dans l'établissement. Elle fait l'objet de la signature d'une attestation de prise de connaissance.



CHARTRE D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Elle est également mise en ligne sur l'Intr@net de l'établissement, dans une version téléchargeable et accessible à tous.

3 Définitions

Utilisateur

- Toute personne, quel que soit son statut, ayant accès ou utilisant les ressources informatiques dans le cadre de son emploi, d'une prestation, d'une visite occasionnelle, de ses études ou d'un stage au sein de l'Établissement de Santé.

Moyens informatiques

Ce sont les moyens mis à disposition dans le cadre des fonctions occupées :

- Poste de travail (fixes ou portables) et périphériques,
- Assistants personnels, tablettes, Smartphones,
- Imprimantes simples ou multifonctions,
- Téléphone, fax, copieurs,
- Logiciels, fichiers, données et bases de données, système de messagerie,
- Internet, Intranet, Extranet, abonnements à des services interactifs.

Système d'information

- Ensemble des éléments et règles participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein de l'Établissement et vers ses partenaires externes.

4 Article 1 : Accès aux systèmes d'information

Pour bénéficier d'un accès au système d'information, chaque nouvel utilisateur doit être déclaré.

Tout départ ou changement d'affectation doit être signalé par la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction des Affaires Médicales (DAM) ou la Direction de la Coordination Générale des Soins (DCGS) à la Direction du Système d'Information (DSI). Une revue des droits est réalisée par la DSI de façon trimestrielle.

Les utilisateurs sont responsables de l'utilisation de leur(s) accès au système d'information et des données associées.

Cet accès est strictement personnel et ne peut donc en aucun cas être prêté ou cédé.

Il peut être retiré partiellement ou totalement, temporairement ou définitivement, en cas de non-respect de la Charte.

5 Article 2 : Gestion des mots de passe et codes d'accès

Pour l'heure, les utilisateurs accèdent au système d'information de l'établissement en utilisant principalement un dispositif de code d'accès et un mot de passe. Toutefois, pour les applications au cœur du processus de soins, la cible est d'évoluer vers des dispositifs de d'authentification forte de type carte à puce de la famille CPS/CPE.

L'identifiant et le mot de passe sont strictement personnel à chaque utilisateur.

L'utilisateur reconnaît que son identifiant et son mot de passe constituent une signature électronique. Elle est la preuve de sa responsabilité concernant l'utilisation des moyens informatiques mis à sa disposition par l'établissement.

Ils s'engagent à signaler au Responsable Sécurité du Système d'Information (RSSI) toute tentative de violation de son accès individuel au système d'information.

Les règles de gestion des mots de passe sont définies dans la politique d'Habilitation de l'établissement (composante de la politique de sécurité du système d'information). Elles peuvent toutefois différer pour des raisons techniques, en fonction des logiciels.

D'une manière générale, les bonnes pratiques à observer pour la gestion des mots de passe sont les suivantes :

- La longueur du mot de passe doit être au moins de 8 caractères,
- Il doit être composé de différents type de caractères (minuscules, majuscules, caractères spéciaux, chiffres),
- Il doit être modifié à intervalle régulier (tous les 6 mois par exemple),
- Il doit impérativement être modifié dès qu'il est compromis ou suspecté de l'être

Dans la mesure du possible, ces règles sont imposées par les logiciels.

6 Article 3 : Verrouillage des postes de travail

Qu'il s'agisse d'un poste fixe ou mobile (portable, chariot informatique, ...) l'utilisateur ne doit pas quitter son poste de travail sans se déconnecter, c'est-à-dire en laissant des ressources ou services accessibles, même pour une courte durée.

En règle générale, l'utilisateur verrouillera son poste de travail en cas d'absence.

Un mécanisme de verrouillage automatique pourra être activé par la DSI pour des systèmes sensibles.

7 Article 4 : Usage de la messagerie électronique professionnelle

La messagerie est réservée à un usage professionnel, la responsabilité de l'établissement étant engagée pour tout usage illicite.

Les utilisateurs doivent faire preuve de la plus grande correction vis-à-vis de leurs interlocuteurs, dans toutes leurs communications, qu'elles soient internes ou externes.



CHARTRE D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Une utilisation privée occasionnelle et raisonnable est tolérée. Dans ce cas, un message à caractère privé doit être identifiable sans ambiguïté et / ou enregistré dans un espace dédié.

Il convient de faire régulièrement le tri et d'évaluer la pertinence de conserver ou non les messages, particulièrement ceux contenant des pièces jointes. La messagerie électronique n'est pas un espace de stockage.

Il est recommandé de ne pas divulguer son adresse électronique sur des forums ou sur des sites Internet non professionnels, en raison du risque de virus et de surcharge inutile de la boîte mail.

Les messages à diffusion générale (à tous les agents de l'hôpital) sont interdits sauf autorisation préalable de la Direction de l'établissement.

Tout message suspect doit être signalé au service informatique.

8 Article 5 : Utilisation des matériels et des espaces de stockage

Chaque utilisateur d'un moyen informatique mis à sa disposition par l'établissement doit prendre toutes les dispositions pour éviter le vol ou la détérioration du bien. En effet, les équipements peuvent être le support de données sensibles dont la divulgation pourrait être préjudiciable à l'établissement ou aux patients. A ce titre, des mesures de chiffrement des données pourront être imposées par la DSI pour les équipements mobiles (portables, clés USB, ...).

Certains équipements fragiles requièrent d'être manipulés de façon adaptée. Les utilisateurs doivent s'engager à respecter les précautions d'usages.

Poste de travail :

Il est interdit aux utilisateurs d'installer des programmes, des matériels ou autres outils informatiques sans l'accord préalable de la DSI. Les postes professionnels ne peuvent être utilisés que par les utilisateurs auxquels ils ont été affectés, pour un usage déterminé.

Périphériques USB :

Les périphériques de type clés USB ou disques durs externes doivent être utilisés à des fins professionnelles. Seul le matériel appartenant à l'établissement peut être connecté sur le réseau. Une vigilance particulière doit être assurée par l'utilisateur vis-à-vis des données stockées sur ces supports mobiles (vol, perte, ..).

Imprimantes :

L'utilisateur est responsable du bon usage des imprimantes et responsable des données qu'il imprime. Il doit être attentif à l'imprimante sélectionnée et doit s'assurer de ne pas laisser à la vue de tous les documents sensibles imprimés. Elles sont limitées à un usage strictement professionnel.



CHARTRE D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Téléphones, fax, copieurs :

Ils sont limités à un usage strictement professionnel.

Smartphones, outils communicants et outils personnels :

Seuls les équipements fournis par l'établissement peuvent être connectés au réseau. Des dérogations sont envisageables sous réserve d'une autorisation préalable de la DSI qui imposera alors des mesures de sécurisations obligatoires.

En règle générale, aucun objet communicant (Smartphone, montre, bracelet, carte à puce...) ni aucun objet connecté de santé (DM, DMI ou objet en test) ne peut être connecté au réseau sans l'aval de la DSI, qui aura procédé à toutes les vérifications nécessaires.

Applications en ligne :

Les applications en ligne, même à caractère médical, et téléchargées gratuitement ou achetées sur les boutiques en lignes (Google, Apple, Microsoft...) ne peuvent être utilisées et intégrées aux processus de soins sans la qualification préalable par la DSI et un ou plusieurs Médecins désignés.

L'usage « sauvage » de ce type d'applications, sans assurance du respect des critères d'intégrité, de confidentialité, de disponibilité et de traçabilité et sans connaissance détaillée des conditions générales de vente ou d'usage, engage la responsabilité du professionnel qui le met en œuvre.

Espaces de stockage :

L'utilisateur doit, dans la mesure du possible, maîtriser ses espaces de stockage (pas de doublons, organisation efficace et lisible). Afin de ne pas saturer les espaces de stockage, il convient d'y faire régulièrement le tri et de réévaluer la pertinence des données conservées.

Il doit veiller à n'y stocker que des données ayant une valeur professionnelle. Une tolérance est acceptée en ce qui concerne les disques durs des ordinateurs, où l'utilisateur peut définir un espace personnel explicite.

Enfin, il est rappelé que **l'ensemble des documents professionnels sensibles doit être stockés sur les espaces réseau dédiés, sécurisés et sauvegardés**, et non pas sur les disques durs des postes de travail, non sécurisés et non sauvegardés.

9 Article 6 : Usage de l'Internet

Seuls les sites Internet présentant un lien direct avec l'activité professionnelle ont vocation à être consultés.

Le téléchargement de fichiers, de logiciels, de vidéos, d'images, de sons, ainsi que la visualisation en ligne de médias non liés à l'activité professionnelle sont interdits.



CHARTRE D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

La réglementation impose une traçabilité nominative des accès Internet (loi du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme). L'établissement assure donc une traçabilité des navigations Internet et met en œuvre des outils de filtrage adaptés. Un usage inapproprié de l'Internet pourra donner lieu à sanction.

L'établissement autorise un usage personnel raisonnable de l'Internet, durant les temps de pause.

10 Article 7 : Utilisation du système d'information à distance

Les utilisateurs doivent être conscients des risques qu'implique une utilisation des données et des ressources de l'établissement dans un autre environnement, notamment en termes de confidentialité.

Les utilisateurs s'engagent à ne pas installer et à ne pas utiliser de logiciels ou procédés leur permettant de prendre la main, de l'extérieur, sur tout poste interne à l'établissement.

A l'exception de la messagerie, les administrateurs et référents fonctionnels ayant la possibilité :

- D'accéder aux systèmes de l'extérieur dans le cadre de leur fonction,
- D'autoriser cet accès à certains utilisateurs dans le cadre de leur fonction,

doivent être habilités par le RSSI.

Les règles énoncées dans la présente Charte s'appliquent également à une utilisation distante ou délocalisée.

11 Article 8 : Confidentialité et secret professionnel

Les personnels de l'Etablissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt un caractère fondamental et réglementé lorsqu'il s'agit de données de santé (voir article L1110-8 du code de la santé publique). Les personnels doivent faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leurs missions.

L'accès aux informations et documents traités et conservés sur les systèmes d'information, doit être limité aux stricts besoins.

Les règles d'accès à l'information médicale ont été définies par un groupe de travail « Accessibilité aux données médicales » dans le cadre du projet d'informatisation du dossier patient (DPI). La CME du CHPC a entériné les propositions du groupe de travail lors de sa séance du 23 juin 2011.

Les principes retenus s'articulent autour de la notion « d'équipe de soins » et de « continuité des soins ».

Ces règles doivent être connues et appliquées par tous.

Il est interdit de prendre connaissance d'informations détenues par les droits d'autres utilisateurs, même si celles-ci n'ont pas été correctement protégées (abus ou usurpation de droits). En règle générale, les utilisateurs ne doivent pouvoir accéder aux données nominatives et/ ou de santé, que si celles-ci sont nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par les professionnels de santé habilités, se fait à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe strictement personnels, ou d'une carte CPS ou CPE.

12 Article 9 : Propriété intellectuelle

Les clauses énoncées dans les licences des différents logiciels doivent être respectées. Il est interdit d'effectuer des copies de logiciel pour quelque usage que ce soit, hormis une copie de sauvegarde dans les conditions prévues par le code de la propriété intellectuelle.

13 Article 10 : Protection de l'image de l'établissement

Le droit à l'image concerne les faits et informations de l'Etablissement dans son fonctionnement quotidien, qui n'ont pas à être rendus publics. Aucun fichier, quelle que soit sa nature, ne doit être diffusé vers l'extérieur et notamment sur l'Internet, sans motif professionnel autorisé.

L'utilisateur doit s'imposer le respect des lois et notamment celles relatives aux publications à caractère injurieux, raciste, pornographique, diffamatoire, pédophile, négationniste ou portant atteinte d'une quelconque façon à la dignité humaine.

L'utilisateur doit faire preuve de la plus grande correction à l'égard de ses interlocuteurs lors de ses échanges électroniques par courrier ou par publication sur des forums professionnels. Il n'émettra pas d'opinions étrangères à son activité professionnelle susceptibles de porter préjudice à l'établissement.

14 Article 11 : Existence d'une tolérance d'un usage privé

Au sein du rapport de 2004 sur la « Cybersurveillance », la CNIL a invité les entreprises et les établissements publics à tolérer l'utilisation d'Internet et de la messagerie à des fins personnelles sur le lieu de travail, tout en précisant que cette utilisation devait être « raisonnable ».

Une utilisation à titre privée est tolérée durant les temps de pause si :

- Elle ne perturbe pas la bonne exécution du travail de l'utilisateur,
- Elle n'impacte pas les performances des systèmes,
- Elle est conforme à la réglementation en vigueur et à la présente Charte,
- L'utilisateur n'utilise pas les moyens informatiques pour diffuser des informations sans rapport avec son activité ou à caractère illégal,
- L'utilisateur n'implique pas l'établissement dans cet usage personnel des ressources.



CHARTE D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

15 Article 12 : Dispositions en cas d'absence d'un salarié

Au cas où les procédures dites de « doublonnage » ne sont pas applicables, et pour assurer une continuité de l'activité professionnelle, l'employeur peut être amené à accéder à l'espace réseau ou à la messagerie d'un salarié absent.

Afin de ne pas porter atteinte à la vie privée des salariés, l'employeur applique la jurisprudence. Celle-ci considère que : « tout message reçu ou envoyé depuis le poste de travail mis à disposition par l'employeur a par principe un caractère professionnel. Dans ce cas, l'employeur peut le consulter. Toutefois, si un message est clairement identifié comme étant personnel, l'employeur ne doit pas en prendre connaissance. ».

16 Article 13 : Preuve

L'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés, dans le respect de la législation applicable (notamment de la loi Informatique et Libertés).

Ces actions peuvent être conduites dans le cadre de nécessités de maintenance, de gestion et d'exigences réglementaires (traçabilité, prévention contre les attaques, contrôle du bon usage des applications et des ressources).

Les dispositifs de traçabilité permettent d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération,
- L'heure de la connexion,
- Le système auquel il est accédé,
- Le type d'opération réalisée,
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'hôpital,
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Le personnel de la Direction du Système d'Information respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction. Ils peuvent toutefois être amenés à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

L'utilisateur reconnaît et accepte que les registres informatisés, conservés dans le système d'information de l'établissement, dans des conditions raisonnables de sécurité, soient considérés comme les preuves irréfragables de l'utilisation des moyens informatiques de l'établissement et des communications.

17 Conclusion

Les principes posés par la présente Charte visent, en premier lieu, à informer les salariés du mode d'utilisation des technologies de l'information et de la communication mises à leur disposition dans le respect des droits et devoirs qui leur incombent.



CHARTRE D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Dans l'hypothèse où des manquements graves au respect de cette Charte seraient constatés, l'établissement se réserve le droit de mettre en œuvre, à l'égard des utilisateurs concernés, des sanctions disciplinaires proportionnelles à la gravité des faits constatés.

18 Textes de référence

Documents internes CHPC :

- PV CME du 23 juin 2011 traitant de l'accessibilité aux données patient,
- Compte-rendu du groupe de travail Accessibilité du 14/02/2011,
- Politique de Sécurité du Système d'Information (PSSI),
- Politique de gestion des Habilitations.

Code Pénal :

Article 226-13 : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. »

Articles 226-13, -15, -16, -17, -21 et -22 modifiés par la loi du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Articles 227-23 et 227-24 modifiés par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Articles 323-1, -2, -3 et 323-5 (Loi Godfrain), modifiés par la loi du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée le 6 août 2004.

Loi n°2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.

Loi n°2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.

Code de la Propriété intellectuelle :

Articles L335-1 à L335-8 modifiés par les lois du 1^{er} Août 2006 relatives au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, du 28 octobre 2009 relative à la protection de la propriété littéraire et artistique sur Internet, du 29 octobre 2007 de lutte contre la contrefaçon, du 12 juin 2009 favorisant la diffusion et la protection de la création sur Internet.

Articles L342-1 à L342-5 et L343-1 et L343-2 relatifs à la protection des bases de données.

Code de la Santé Publique :

Article L 1110.4

Article L 1111.7

Article L 1111.8

Ces textes encadrent un corpus réglementaire portant sur les thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données et plus précisément le traitement des données à caractère personnel et le respect de la vie privée, le traitement des données personnelles de santé,
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales,
- L'hébergement et la gestion de données médicales,
- Le secret professionnel et le secret médical,
- La signature électronique des documents et des échanges,
- Le secret des correspondances,
- La lutte contre la cybercriminalité,
- La protection des logiciels, des bases de données et le droit d'auteur.

19 Entrée en vigueur

La charte d'utilisation des technologies de l'information et de la communication a été approuvée par le Directeur du CH Public du COTENTIN le 08/03/2016

La présente charte s'applique à compter du 15/03/2016

La Direction

Nom : **MORIN**

Prénom : **Maxime**

Date : 08/03/2016

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Lu et approuvé

