



Centre Hospitalier
DRÔME VIVARAIS

Psychiatrie
adulte & enfant

Règlement Intérieur

391 route des Rebatières BP 16 - 26760 Montéleger

Tél. 04 75 75 60 60 - Fax 04 75 75 60 50

www.ch-dromevivarais.fr

SOMMAIRE

TITRE I - ORGANISATION ADMINISTRATIVE, MÉDICALE ET SOIGNANTE.	7
CHAPITRE 1 - L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE.....	7
Section 1 - Le Conseil de Surveillance.....	7
Section 2 - Le Directeur : représentant légal de l'établissement.....	8
Section 3 - Le Directoire.....	9
Section 4 - La Commission Médicale d'Établissement (CME).....	10
Section 5 - La sous-commission qualité et sécurité des soins (SCQSS).....	12
Section 6 - La Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)....	15
Section 7 – Le Comité Éthique.....	16
Section 8 - La sous commission des EPP.....	17
Section 9 - La Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).....	18
Section 10 - Le Comité Technique d'Établissement	18
Section 11 – le Comité de Formation.....	20
Section 13 - Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).....	22
Section 14 - La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).....	23
Section 15 - Le Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	24
Section 16 - La commission d'activité libérale	24
Section 17 - La commission des marchés.....	25
CHAPITRE 2 - L'ORGANISATION MÉDICALE ET SOIGNANTE.....	27
Section 1 - Code de déontologie.....	27
Section 2 – L'organisation en pôles	27
Section 3 - Projet et Contrat de pôle :.....	28
Section 4 - Corps médical.....	28
Section 5 - Activité libérale.	29
Section 6 - Demi-journées d'activité d'intérêt général	29
Section 7 - Permanence médicale des soins et visites médicales.....	30
Section 8 - Le Département d'Information Médicale (DIM)	31
Section 9 - Service de soins, de rééducation et médico-technique.....	35
Section 10 - Les psychologues	35
CHAPITRE 3 : LES UNITÉS À ORIENTATION MÉDICO-SOCIALE.....	36
Section 1 : L'Unité de Soins Longue Durée (USLD) Géricault.....	36
Section 2 : La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) Van Gogh.....	36
TITRE II – L' ACCUEIL, LE SÉJOUR ET LA SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISÉES.....	37
CHAPITRE 1 – ACCUEIL.....	37
Section 1 – Droits fondamentaux et devoirs des personnes hospitalisées et des usagers du système de santé	37

Section 2 – Admission dans l'établissement.....	44
Section 3 - Dispositions particulières relatives aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement.....	48
Section 4 – Dispositions particulières aux mineurs hospitalisés.....	57
Section 5 - Dispositions particulières des détenus hospitalisés.....	59
CHAPITRE 2 - LE SÉJOUR.....	60
Section 1 - Accueil.....	60
Section 2 - Séjour.....	61
Section 3 – informations générales – Vie quotidienne.....	62
Section 4 – Respect des personnes et des locaux.....	64
CHAPITRE 3 - LA SORTIE.....	65
Section 1 – modalités de sortie.....	65
Section 2 – Décès.....	66
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	67
CHAPITRE 1 . LES OBLIGATIONS.....	67
Section 1 – Les nécessités de service.....	67
Section 2 - Assiduité au travail et ponctualité de l'agent.....	67
Section 3 - Exécution des instructions reçues.....	67
Section 4 – Informations concernant les incidents.....	68
Section 5 – Exercice professionnel et travail en bonne intelligence.....	68
Section 6 – Conservation en bon état des locaux, matériels et effets.....	68
Sections 7 – Service minimum.....	68
Section 8 – Formation continue à la sécurité incendie.....	68
Section 9 – Utilisation de l'outil informatique.....	69
Section 10 - Permis de conduire.....	69
Section 11 – Responsabilité des biens et effets personnels.....	69
Section 12 – Secret professionnel et discrétion professionnelle.....	69
Section 13 - Réseaux Sociaux.....	69
Section 14 – Tenue et conduite correctes exigées.....	70
Section 15 – Tenue vestimentaire de travail.....	70
Section 16 - Le comportement avec les personnes hospitalisées, résidents et les familles.....	70
Section 17 - Obligations diverses.....	72
CHAPITRE 2. LES INTERDICTIONS.....	72
Section 1 – Les interdictions particulières.....	72
Section 2 - Interdictions diverses.....	73
CHAPITRE 3 – LES DROITS DES AGENTS.....	73
Section 1 – Accueil et intégration des nouveaux agents.....	73
Section 2 – Généralités sur les droits statutaires et du travail.....	73
Section 3 – Exercice du droit syndical et de grève.....	74
Section 4 – Gestion des Carrières.....	75
Section 5 - Services à la disposition du personnel.....	75
Section 6 – Protection contre le harcèlement.....	76
CHAPITRE 4 - LE POUVOIR DISCIPLINAIRE.....	76

TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU SYSTÈME D'INFORMATION.....	78
CHAPITRE 1 – SYSTÈME D'INFORMATION	78
Section 1 – L'aspect réglementaire	78
Section 2 – Les règles de fonctionnement.....	79
TITRE V – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES	81
CHAPITRE 1 – ORGANISATION GÉNÉRALE	81
Section 1 - La démarche qualité	81
Section 2 - La démarche de gestion des risques	82
Section 3 – Organisation de la qualité – gestion des risques.....	83
Section 4 – Démarche participative.....	83
CHAPITRE 2 – SÉCURITÉ GÉNÉRALE	84
Section 1 - Obligations générales de sécurité.....	84
Section 2 – Les différents Plans	86
CHAPITRE 3 - HYGIÈNE – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES	86
Section 1 - Hygiène et sécurité des personnels soignants	86
Section 2 - Hygiène et salubrité des bâtiments.....	87
CHAPITRE 4 - SÉCURITÉ INCENDIE ET RISQUES TECHNIQUES - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES	87
Section 1 – Sécurité incendie	87
Section 2 – Risques techniques	88
CHAPITRE 5 – INTERVENTION DES FOURNISSEURS ET DES PRESTATAIRES DU CH LE VALMONT	88
CHAPITRE 6 - CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES AUTOMOBILES AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT	89
Section 1 – circulation et stationnement.....	89
Section 2 – Contrôle d'accès	90
CHAPITRE 7 - RAPPORTS AVEC L'AUTORITÉ JUDICIAIRE ET DE POLICE	91

PRÉAMBULE AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le Centre Hospitalier du Valmont est un centre hospitalier spécialisé en santé mentale. C'est un établissement public de santé.

L'engagement au service de la personne hospitalisée repose sur des valeurs fortes, partagées par l'ensemble des professionnels du centre hospitalier Le Valmont.

Ces valeurs s'appuient sur la Charte de la Personne Hospitalisée¹ et sur la Charte de l'établissement²

Pourquoi établir un règlement intérieur ?

Le règlement intérieur est un document rendu obligatoire par le Code de Santé Publique. Il définit l'organisation administrative et médicale de l'hôpital et précise les règles applicables tant au niveau des personnes hospitalisées que des personnels.

L'activité sanitaire ainsi que l'activité hospitalière sont régies par de nombreux textes législatifs et réglementaires qui peuvent rendre opaque pour l'usager comme pour le personnel le fonctionnement de l'hôpital et de ses structures intra et extra hospitalières.

Le règlement intérieur n'est pas conçu pour interdire. Il a comme objectif de permettre la diffusion d'information sur les droits et les devoirs de chaque acteur du système et de préciser les valeurs portées par l'établissement, telles par exemple que l'obligation de professionnalisme pour tous les personnels hospitaliers au service du public accueilli.

Le règlement intérieur est un outil réglementaire qui permet de mettre à disposition de tout usager les règles de fonctionnement de l'hôpital et ainsi promouvoir une démarche de promotion des droits des patients.

La loi du 4 mars 2002 a, en effet, confirmé l'émergence de la démocratie sanitaire dans le système de santé en France. Les patients transformés en usagers de la santé ont des droits légalement reconnus (information, écoute, soulagement...).

Comme tout citoyen, les usagers de l'hôpital ont aussi des obligations et doivent respecter les règles établies.

A qui s'adresse le règlement intérieur ?

Le règlement intérieur s'applique à l'ensemble du personnel médical et non médical du Centre Hospitalier du Valmont, aux usagers ainsi qu'à ceux qui les accompagnent, aux visiteurs, aux fournisseurs mais aussi de façon plus large à toute personne amenée à faire appel aux services ou à fréquenter les installations ou locaux du Centre Hospitalier.

Le règlement intérieur s'impose à toutes les unités et structures gérées par le Centre Hospitalier du Valmont quelle que soit leur localisation ainsi qu'aux organismes éventuellement hébergés par l'hôpital.

Validé par toutes les instances, le règlement intérieur peut être consulté par toute personne intéressée.

Le règlement intérieur est actualisé en permanence en fonction de l'évolution du droit positif et de l'activité normative de l'hôpital.

Avis favorable :

- de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, le 22.01.2013
- de la Commission Médicale d'Établissement, le 28.01.2013
- du Comité Technique d'Établissement, le 06.06.2013
- du Directoire le 04.04.2013
- du Conseil de Surveillance le 20.06.2013

Mise à jour : juin 2015

¹ Charte de la Personne Hospitalisée : annexe 1

² Charte de l'institution : annexe 2

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Le Valmont est un établissement public spécialisé en santé mentale adultes et enfants.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Il a pour missions :

- d'assurer des examens et de dispenser des soins,
- d'assurer l'hébergement des personnes hospitalisées
- de concourir à l'enseignement, à la formation et à la recherche
- de participer aux actions de prévention et d'éducation pour la santé et à l'aide médicale urgente
- de prendre en compte la précarité et la lutte contre l'exclusion
- de mettre en place ou de participer à des actions d'insertion ou de réhabilitation

Il intervient selon les modalités prévues par le Code de la Santé Publique (CSP) (notamment les articles L 6111-1, L 6111-2, L 6111-3) et le Code de l'Action Sociale et des familles (notamment son article L 114-2, modifié par loi n° 2005-102 du 11 février 2005 – art 2, son article L 312-1, son article L 344-1 modifié par loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 – art 58 et l'article L174-4 du code de la sécurité sociale)

Il dispose à cet effet d'équipements, comportant ou non des possibilités d'hébergement, et en particulier :

- des sites d'hospitalisation complète, des hôpitaux de jour, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, des centres médico-psychologiques, des antennes (pédiatrie, urgences, et Maison d'Arrêt de Valence), des équipes mobiles, une maison des adolescents...

Il intervient également au domicile des personnes hospitalisées, dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, par des activités de collaboration ou de partenariat, par des activités d'information et de soutien auprès de la population et des professionnels.

En ce sens, le centre hospitalier concourt à la prévention, participe activement à l'activité de soins et assure le suivi en traitement post cure.

TITRE I - ORGANISATION ADMINISTRATIVE, MÉDICALE ET SOIGNANTE.

CHAPITRE 1 - L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE.

Section 1 - Le Conseil de Surveillance.

1.1 - Composition.

3 collèges, dont le nombre de membres est identique.

Au titre des représentants des collectivités territoriales :

- Le maire de la commune siège de l'établissement principal (ou le représentant qu'il désigne)
- 2 représentants d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre (communauté des confluences 26/07)
- Le président du conseil général ou son représentant, plus un autre représentant du Conseil Général

Au titre des représentants du personnel

- 2 membres désignés par la CME
- 2 membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives
- 1 représentant de la CSIRMT

Au titre des personnalités qualifiées

- 2 personnalités qualifiées désignées par le DGARS
- 3 personnes qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département dont au moins 2 représentants des usagers.

Les membres du Conseil de Surveillance des établissements publics de santé sont nommés par arrêté du Directeur Général de l'ARS Rhône/Alpes.

Membres avec voix consultative :

- Le vice-président du directoire
- Le Directeur Général de l'ARS
- Le représentant de la structure de réflexion éthique
- Un directeur de la Caisse d'Assurance Maladie
- Un représentant des familles de l'USLD

1.2 - Compétences.

Le Conseil de Surveillance est doté de certaines attributions :

- Il se prononce sur la stratégie
- Il exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement,
 - Il communique au Directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel et sur la gestion de l'établissement.
 - Il opère à tout moment les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns
 - Il formule ses observations sur les comptes de l'exercice qui lui sont adressés par le Directeur aux fins de vérifications
 - Il entend le Directeur sur l'EPRD et sur le programme d'investissement.

Il délibère sur :

1. Le projet d'établissement mentionné à l'article L.6143-2,
2. La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires 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 centre hospitalier universitaire 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 ou la direction
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 la 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.

1.3 - Fonctionnement.

Présidence et vice présidence

- Le président du Conseil de Surveillance est élu, pour 5 ans, parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées, par tous les membres du Conseil de Surveillance
- Le président du Conseil de Surveillance désigne le Vice-Président parmi les représentants des collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

Réunions

- Le Conseil de Surveillance se réunit au moins 4 fois par an, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres
- L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins 7 jours à l'avance à l'ensemble des membres.
- Le Conseil de Surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié, plus un au moins des membres assistent à la séance.
- Si ce quorum n'est pas atteint, le Conseil de Surveillance est re-convoqué dans un délai de 3 à 8 jours.

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques. Ses membres sont tenus à une obligation de discrétion.

Vote :

- Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents le demande.
 - En cas de partage des voix, un second tour de scrutin est organisé.
 - En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.
- Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Procès verbal et délibération

- Un compte rendu de séance est adressé à chaque membre, dans les 15 jours suivant chaque réunion.
- Les délibérations sont conservées dans un registre sous la responsabilité du président du directoire
- Ce registre est tenu à la disposition des membres du Conseil de Surveillance et du public qui peuvent le consulter.
- Les délibérations sont transmises, sans délai, au Directeur Général de l'ARS.

Section 2 - Le Directeur : représentant légal de l'établissement.

Le directeur dispose de très larges compétences dans la conduite de la politique générale de l'établissement et dans la gestion de l'établissement après concertation du directoire.

Il règle les affaires de l'établissement qui ne relèvent pas de la compétence du conseil de surveillance et celles qui n'impliquent pas une concertation du directoire. Après concertation du directoire, dont il

est le président, il décide dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale.
Il dispose d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat de professionnels libéraux.

Section 3 - Le Directoire.

3.1 - Composition.

Le Directoire est une instance composée de 7 membres :

- membres de droit :
 - le Directeur qui préside le Directoire
 - le président de la CME qui est vice-président du directoire
 - le président de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation Médico Technique
- les membres nommés par le directeur :
 - le directeur, président du Directoire, nomme les membres du Directoire après informations du Conseil de Surveillance, les membres nommés sont au nombre de 4. Les membres nommés appartiennent aux professions médicales, sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la CME. Cette liste, comportant au moins 3 noms, est présentée au Directeur dans un délai de 30 jours à compter de sa demande. Le Directeur peut demander une seconde liste en cas de désaccord, d'absence de proposition ou de caractère incomplet de la liste. En cas de nouveau désaccord, le Directeur nomme les membres de son choix.
 - Le Directeur du CH le Valmont a nommé lors de la dernière composition du Directoire, 4 médecins psychiatres.

Le président du Directoire peut mettre fin aux membres nommés, après information du Conseil de Surveillance. En outre, le mandat des membres nommés prend fin dans deux hypothèses :

- lors de la nomination d'un nouveau président de Directoire
- quand le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire.

3.2. Attributions

- le directoire prépare le projet d'établissement
- le directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (art.6143-7-4 CSP)
- le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement (art. L.6143-7-4 CSP). Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.
 - le directoire est obligatoirement concerté

Une concertation du directoire est organisée sur la majeure partie de la politique de gestion de l'établissement. Cette concertation permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés.

Ainsi l'article L.6143-7 du CSP dispose qu'après concertation du directoire, le directeur qui préside le directoire :

- Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- Décide, conjointement, avec le président de la CME, 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,
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement,
- Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux,
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales,
- Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité,
- Propose au directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et aux autres professionnels et établissements de santé la constitution ou la participation à une action de coopération,

- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans,
- Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location,
- Soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement,
- Conclut les délégations de service public,
- Arrête le règlement intérieur,
- Décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales,
- Présente à l'ARS le plan de redressement.
 - Le directoire approuve le projet médical

Le projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM

Le président de la CME, vice-président du directoire, élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM (art. L.6143-7-3 CSP)

Puis, le directoire approuve le projet médical (art. L.6143-7-4 CSP)

3.3 - Fonctionnement.

Le calendrier des réunions.

Le Directoire se réunira une fois par mois, chaque premier lundi du mois de 10h à 12h.

Le Directoire pourra se réunir, si besoin, en dehors des réunions programmées, à titre exceptionnel, à la demande du président, du vice-président et de la moitié des autres membres (3).

L'ordre du jour

- Le Directoire se réunit sur convocation de son président.
- L'ordre du jour est élaboré entre le président et le vice-président, sur proposition de chacun de ses membres.
- Sauf cas d'urgence, l'ordre du jour est adressé 7 jours à l'avance aux membres de la commission.

Les procès verbaux.

Les procès verbaux sont signés par le Président et le Vice-président, après qu'ils en aient approuvé la rédaction.

Les procès verbaux sont adressés par mail aux membres du directoire et sont accessibles en lecture dans un dossier informatique commun.

Un exemplaire papier signé est conservé à la direction générale.

Divers.

- Le président du directoire et le vice-président peuvent inviter toute personne compétente sur les questions mises à l'ordre du jour.
- Pour l'ensemble des compétences du Directoire, les décisions qui interviennent sont des décisions du Président du Directoire, après concertation avec le Directeur.
- Les personnes participant aux travaux du directoire sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle, à raison de toutes les pièces ou documents dont elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.
- En cas d'absence injustifiée d'un membre du directoire aux réunions (c'est-à-dire non excusé), plus de 3 fois par an, la personne sera dénommée et remplacée après avoir été entendue par le Président et le Vice-président du Directoire.

Section 4 - La Commission Médicale d'Établissement (CME).

4.1.composition.

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement
- 6 représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles
- 4 représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement
- 2 représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement
- 1 représentant des internes

Assistent avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant
- Le président de la CSIRMT
- Le praticien responsable de l'information médicale
- Le représentant du CTE élu en son sein
- Le médecin responsable du service de la santé au travail
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

Les membres et les présidents de commission médicale d'établissement siégeant à la date de publication du présent décret sont maintenus en fonction jusqu'à échéance de leur mandat.

4.2 compétences.

La CME est consultée sur :

- Le projet médical de l'établissement
- Le projet d'établissement
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux
- La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L6142-5
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
- Le plan de développement professionnel continu, relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social

La CME est informée sur :

- L'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats (EPRD)
- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- Les contrats de pôles
- Le bilan annuel des tableaux de service
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- L'organisation interne de l'établissement
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

4.3.fonctionnement

Nombre de réunions :

La CME se réunit sur convocation du président, qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est adressé, sauf si l'établissement dispose d'un intranet et d'une messagerie sécurisés, sur support papier au moins sept jours à l'avance aux membres de la CME qui y siègent avec voix délibérative ou consultative et aux personnes invitées en tant qu'experts.

Le Président de la CME organise le secrétariat des séances.

Présidence :

Le président est élu parmi les praticiens hospitaliers siégeant à la CME ayant ou non des fonctions de chef de pôle.

La CME contribue à l'élaboration :

De la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- le plan de développement professionnel continu

Elle délègue à la Sous Commission Qualité et Sécurité des Soins :

- la gestion globale et coordonnée des risques
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- la prise en charge de la douleur

De projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
- l'évaluation de la prise en charge des patients
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
- le fonctionnement de la permanence des soins
- l'organisation du parcours de soins

La CME :

Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L 6144-1

- suite à analyse des événements indésirables
- suite aux recommandations du rapport de certification
- mise en œuvre des objectifs et engagements du CPOM en matière de sécurité des soins et amélioration de la qualité en lien avec la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et la CSIRMT.

Élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Section 5 - La sous-commission qualité et sécurité des soins (SCQSS)

Il est créé au sein de la commission médicale d'établissement une sous-commission qualité et sécurité des soins, chargée de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques
- Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé ;
- La lutte contre les infections nosocomiales
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse
- La prise en charge de la douleur
- La définition de la politique alimentaire et nutritionnelle
- La sous-commission a également pour mission d'émettre un avis sur les projets dont elle est saisie.

5.1. composition

La sous-commission est composée :

- Du directeur ou son représentant
- Du président de la commission médicale d'établissement, ou son représentant
- Du directeur coordonnateur général des soins ou son représentant
- De membres de la commission médicale d'établissement désignés par elle en son sein
- De membres de la communauté médicale désignés par la commission médicale d'établissement
- Des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Des correspondants locaux compétents en matière de vigilances sanitaires ;
- Du correspondant de l'unité d'hygiène hospitalière
- D'autres experts désignés en tant que de besoin
- Le médecin responsable de la santé au travail.
- Un représentant des usagers
- Toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le président et le vice-président de la sous-commission sont désignés par le président de la commission médicale d'établissement après avis de cette instance.

La composition nominative des sous-commissions est arrêtée par le directeur.
Elle est renouvelée après chaque renouvellement de la commission médicale d'établissement.

5.2. Attributions

La sous-commission :

- peut participer à l'évaluation des pratiques dans les différents secteurs d'activité
- peut évaluer l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par les instances et de l'établissement dans ses domaines de compétence
- élabore un programme d'actions
- formule des recommandations notamment en matière de gestion des risques, de vigilances sanitaires et de formation

Elle est tenue informée :

- des résultats de la procédure de certification ainsi que des engagements nécessaires pour y faire suite
- des événements indésirables survenus dans l'établissement.

Les propositions et avis de la SCQSS sont transmis à la commission médicale d'établissement et si nécessaire à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, au comité technique d'établissement, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

La SCQSS siège au minimum quatre fois par an et décline son ordre du jour en plusieurs parties distinctes :

5.3. Risques et Vigilances

a) Attributions :

Veiller au signalement et à la prise en compte rapide et efficace de l'incident ou de l'événement indésirable par les personnels de l'établissement.

Domaines couverts : Vigilances sanitaires (Infectiovigilance, Hémovigilance, Matéiovigilance, Pharmacovigilance, Réactovigilance, Toxicovigilance, Toxicodépendance), Identitovigilance, Sécurité Biens et Personnes, Sécurité juridique, Sécurité professionnelle, techniques, logistiques et environnementales.

b) Règles de fonctionnement

- Tout événement indésirable fait l'objet de l'élaboration d'une fiche de signalement; l'ensemble du personnel peut la rédiger.
- La fiche de signalement qui peut être anonyme est envoyée à la coordination des risques et des vigilances (boîte aux lettres spécifique).
- La fiche est orientée vers le vigilant qui :
 - répond à la demande,
 - Analyse le problème
 - Recherche les causes
 - Déclenche une conduite à tenir
 - Informe le demandeur et le coordinateur
- Un enregistrement de l'événement est systématiquement effectué.
- Un tableau de bord récapitule trimestriellement les événements et est adressé à la direction, aux représentants du personnel
- La coordination des risques et des vigilances se réunit une à deux fois par mois afin de régler les problèmes qui perdurent et/ou de produire des recommandations visant la prévention de ces événements.
- Dans le cadre de la SCQSS il est présenté un bilan des signalements d'événements indésirables et des actions d'amélioration engagées ou souhaitées.

En cas de besoin, le COVIRIS (Comité d'Observation des Vigilances et des RISques) procède à l'analyse de tout Événement Indésirable a priori et a posteriori Associé aux Soins, Grave et Évitable.

Ce groupe de travail réunit :

- le Coordonateur des Risques et des vigilances,
- le Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques

- le Président de la CME
- 2 Médecins psychiatres
- Un Cadre de Santé
- Une Infirmière
- La Cadre Supérieur Unité de Coordination des Vigilances et des Risques
- L'Assistante Qualité
- L'Attachée d'administration des Affaires Générales

A partir de la matrice de criticité élaborée par l'UCOVIRIS, le COVIRIS se réunit une par mois ou de façon exceptionnelle si événement de forte criticité, afin d'analyser les événements qui relèvent de ses compétences et produit un REX permettant de produire des recommandations visant la prévention de ces événements.

Dans le cadre de la SCQSS le Comité d'Observation des Vigilances et des Risques informe trimestriellement du bilan des travaux auxquels il a procédé et des actions d'amélioration engagées ou souhaitées.

5.4. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Le CLIN est chargé de :

- Coordonner l'action des professionnels de l'établissement dans le domaine de l'hygiène
- Préparer, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales
- Élaborer le rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales
- Définir avec les professionnels de soins les méthodes et indicateurs permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux
- S'exprimer lors de la programmation de travaux, d'aménagement des locaux ou d'acquisition d'équipements dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales
- Transmettre pour avis le programme d'actions et le rapport d'activité à la CME et à la CSIRMT
- Transmettre pour avis le programme d'actions et le rapport d'activité au Conseil de Surveillance pour délibération
- Après délibération du Conseil de Surveillance, transmettre le programme d'actions et le rapport d'activités au CHSCT pour information.

5.5. Le Comité des Médicaments et des dispositifs médicaux stériles (CoMeDiMS)

La sous-commission participe, par ses avis, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les affections iatrogènes à l'intérieur de l'établissement, notamment à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement ainsi que des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

5.6. Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le **comité** est chargé de contribuer par ses avis et ses propositions à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en ce qui concerne la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

a) Missions

- Dresser un état des lieux et proposer des orientations pour améliorer la prise en charge de la douleur ;
- Coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type, aigu ou chronique, l'origine, maligne ou non, et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap, maladies mentales, situation de grande précarité, phase terminale de la vie, urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs ...)
- Élaborer les protocoles nécessaires à la prise en charge de la douleur, choisir les outils appropriés, puis veiller à leur validation et leur diffusion ;
- Participer aux actions de formation dans le domaine de la douleur;
- Valider les programmes de formation continue des personnels

- Veiller à la bonne application des protocoles ; évaluer la qualité de la prise en charge de la douleur.
- Promouvoir et participer à l'évaluation des pratiques dans le domaine de la douleur.
- Assurer la communication professionnelle en direction des partenaires extérieurs ;
- Participer aux programmes de recherche clinique.

b) Règles de fonctionnement

Le mandat des membres du CLUD est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Lorsqu'un des membres du CLUD perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné, son mandat est interrompu. Il est alors procédé à son remplacement au plus tard dans les trois mois suivant l'interruption des fonctions.

Le CLUD se réunit au moins 3 fois par an pour organiser et suivre les actions engagées.

Le CLUD peut cependant se réunir autant de fois qu'il est nécessaire pour exercer ses attributions.

Le CLUD est relayé dans chaque unité par deux référents douleur auxquels chacun peut faire appel.

Une équipe constituée de personnes ressources peut répondre à des sollicitations ponctuelles sous forme de réunions de concertation pluridisciplinaires ou de consultation, la demande peut se faire par l'intermédiaire du médecin, du cadre ou des référents douleur.

5.7. Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)

a) Attributions

Le CLAN détermine la politique de prise en charge nutritionnelle des personnes hospitalisées et des résidents.

Il participe :

- Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnel et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.
- À la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration.
- A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition : il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.
- A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation.
- A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

b) Règles de fonctionnement

Le CLAN se réunit au moins une fois par trimestre.

L'ordre du jour du CLAN est déterminé par le Président.

Le CLAN peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Le CLAN élabore un rapport d'activité annuel préparé par son président et destiné à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés.

Section 6 - La Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)

Composition au CH_Le Valmont :

- Le Directeur ou son représentant ;
- Le président de la COPS ;
- Le président de CME ou son représentant ;
- Le chef du pôle de psychiatrie générale Centre ;
- Le chef du pôle de psychiatrie générale Sud ;
- Le chef du pôle de psychiatrie infanto-juvénile ;
- Le chef du pôle de réhabilitation psycho-sociale ;
- Le chef du pôle médico-technique ;
- Les praticiens désignés responsables de la gestion des gardes (un par site) et des astreintes ;
- Un praticien somaticien ;
- Un praticien par pôle désigné par son chef de pôle.

Une liste sera diffusée chaque année.

Fonctionnement :

La commission établit son règlement intérieur et se réunit au moins deux fois par an.

Afin de faciliter la gestion administrative de la permanence des soins (permanences sur place à Montéleger et Montélimar, astreintes à Montéleger), des responsables sont nommés (un pour les gardes au CH le Valmont, un pour les gardes sur le site de Montélimar et un pour les astreintes).

Cette personne est chargée, avec l'aide du gestionnaire « personnel médical » à la DRH, de :

- Convoquer les participants de la permanence des soins aux réunions d'organisation ;
- Animer et planifier à M+2 ou M+3 les permanences des soins ;
- Résoudre les problèmes rencontrés (oubli, congés divers, maladies...) en contactant un éventuel remplacement ;
- Veiller à appliquer la réglementation définie ci dessus, notamment en ce qui concerne le respect des repos quotidiens, la signature des documents médico-légaux sur le site de Montélimar, etc...

Attributions :

La commission :

- définit annuellement, avec le directeur, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité, dans la limite des budgets alloués ;
- donne son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins ;
- donne son avis sur les conventions de coopération (regroupement d'établissements pour la permanence des soins) ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la CME.
- Avec le Directeur, la COPS prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, après consultation des chefs de pôle. Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la CME. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

Section 7 – Le Comité Éthique³

7.1. Missions.

Le comité éthique a pour but d'aider à l'appréciation de certaines situations cliniques et institutionnelles, particulièrement lorsqu'elles sont complexes ou soulèvent des difficultés spécifiques.

Cette aide, qui s'inscrit dans la recherche de la meilleure définition des comportements des savoirs être et faire des professionnels, s'adresse en premier lieu au personnel soignant de l'établissement.

A ce titre, il a pour missions :

- d'identifier les problématiques éthiques rencontrées dans l'établissement
- de favoriser la réflexion sur le sens du soin
- de produire des avis ou des orientations générales à partir de cas, questions particulières ou thèmes généraux
- de diffuser en interne des réflexions et des recommandations.

Le comité a vocation de donner des avis et recommandations qui n'ont qu'une valeur consultative.

Ces avis portent sur les pratiques de soins, qu'elles soient liées à un cas spécifique ou à un ensemble de cas représentant une situation spécifique, lesquelles s'inscrivent dans une dimension institutionnelle.

7.2. Composition.

Les membres permanents du comité sont nommés par Monsieur le directeur du CH Le Valmont, sur proposition du comité après acte de candidature.

³ Procédure MEA 08

Des invités peuvent être associés en fonction de la thématique abordée.

7.3. Fonctionnement.

Le fonctionnement technique est placé sous la responsabilité du président.

Le secrétariat est assuré par l'UCOVIRIS.

Le comité se réunit tous les mois. L'ordre du jour est défini en fonction des sollicitations reçues et du recueil d'informations complémentaires.

Section 8 - La sous commission des EPP.

8.1. Composition

Elle est la suivante, après délibération de la CME :

- Le Médecin Coordinateur des EPP
- Le Directeur Qualité
- Le cadre supérieur de santé responsable de l'Unité de Coordination des Vigilances et des Risques (UCOVIRIS)
- La qualitiennne
- Les médecins Coordinateurs de chaque EPP
- Le directeur du service de soins infirmiers (ou son représentant)
- Un cadre supérieur
- Un cadre

La présidence du comité est assurée par un médecin désigné au sein de la CME.

Le Directeur nomme les membres pour une durée de 4 ans renouvelables. Le renouvellement a lieu lors du renouvellement de la CME.

8.2. Attributions

La Commission détermine le programme d'évaluation des pratiques professionnelles de l'établissement

Elle participe :

- 1) Au bilan de l'existant en matière de prise en charge et de dysfonctionnements éventuels
- 2) À la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles
- 3) A la définition de la méthodologie à utiliser de la coordination et de la cohérence des actions menées dans le domaine des EPP
- 4) A la formulation des actions d'amélioration souhaitées à l'issue des EPP
- 5) A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation
- 6) A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés
- 7) A la rédaction de l'autoévaluation dans le domaine des EPP
- 8) A la présentation des travaux élaborés
- 9) A la coordination des diverses restitutions lors de la visite de certification

8.3. Règles de fonctionnement

La sous Commission se réunit au moins une fois par mois.

L'ordre du jour de la Sous Commission est déterminé par le Président.

La Sous commission peut entendre toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour notamment les professionnels multi catégoriels participants aux EPP

La sous commission élabore un rapport d'activité annuel et des Procès verbaux mensuels préparés par l'UCOVIRIS et destinés à évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés.

Modalités

Le Médecin Coordinateur de la Sous Commission rend compte à la CME des travaux réalisés.

Section 9 - La Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

9.1 - Composition.

Président : le Coordonnateur Général des soins

Représentants élus des différentes catégories de personnels :

- Collège des cadres de santé
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Collège des aides-soignants

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10% du nombre total des membres élus de la commission.

Participent avec voix consultative :

- Un représentant des étudiants de troisième année
- Un élève aide-soignant
- Un représentant de la CME

9.2 - Compétences.

La CSIRMT est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- La politique de développement professionnel continu

La CSIRMT est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L 6146-2 (participation du secteur libéral aux missions de service public)
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement

9.3 - Fonctionnement.

- La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.
- La commission se réunit au moins trois fois par an.
- Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.
- Elle est convoquée par son président.
- Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé.
- Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.
- Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directoire.

Section 10 - Le Comité Technique d'Établissement ^{4 5}

10.1 - Composition.

⁴ CSP, notamment ses articles L. 6144-3 et R 6144-40

⁵ Décrets n° 2010-436 du 30 avril 2010 et n° 2011- 584 du 26 mai 2011

- Le comité technique d'établissement comprend dix membres titulaires représentant le personnel non médical, élus par collège, sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives.
- Il comprend un nombre égal de suppléants.
- Il est présidé par son Directeur ou son Représentant.
- Un représentant de la commission médicale d'établissement siège à titre consultatif.

10.2. Attributions.

Le CTE est obligatoirement consulté sur :

- 1) Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 et sur le plan de redressement présentés par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 2) 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 ;
- 3) La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 4) Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 5) La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 6) 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 ;
- 7) Le règlement intérieur de l'établissement.

Le CTE est régulièrement tenu informé :

- 1) De la situation budgétaire de l'établissement ;
- 2) Des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement ;
- 3) Du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- 4) De l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

Délibération :

Les avis du CTE n'étant pas de nature nominative, ils peuvent être communiqués à quiconque en formule la demande.

10.3 Fonctionnement.

Nombre de réunions :

Le CTE se réunit au moins une fois par trimestre.

Présidence :

Le Directeur, de droit.

Convocations :

- Le Directeur convoque le CTE et fixe l'ordre du jour. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité d'établissement dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Les propositions d'inscription à l'ordre du jour doivent parvenir au secrétariat de la direction 20 jours au moins avant la séance.
- Le CTE peut être convoqué en séance extraordinaire à la demande de la moitié des membres titulaires. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance, et le cas échéant des documents nécessaires à l'examen des dossiers.
- Dans ce dernier cas, le CTE doit être réuni dans un délai de quinze jours.
- Les membres du CTE reçoivent les documents préparatoires aux réunions au moins 15 jours avant la réunion.

Secrétariat :

Le CTE élit parmi ses membres titulaires un secrétaire. Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le Président et le secrétaire puis transmis dans un délai de trente jours aux membres

du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante. Le secrétaire bénéficie de 8 heures par séance pour collaborer à la rédaction du procès-verbal avec la direction.

Quorum :

- Le CTE ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion ; si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle séance est convoquée dans les 8 jours, aucun quorum n'est exigé dans cette dernière hypothèse.

Avis :

- Le Comité Technique d'Établissement émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

- Les avis ou vœux émis sont portés par le Président à la connaissance du Conseil de Surveillance de l'établissement et par voie d'affichage à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

- Le comité doit être informé de la suite donnée à ses avis ou à ses vœux dans un délai de 2 mois par une communication écrite du Président à chacun de ses membres.

- Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel, membres du comité, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité. Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Divers :

- Le président du Comité Technique d'Établissement, à son initiative ou à la demande de membres titulaire du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Lorsque l'ordre du jour comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

Le président du Comité Technique d'Établissement, en sa qualité de chef d'établissement peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

- Les personnes participant à quelque titre que ce soit, aux travaux du Comité Technique d'Établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

- Les membres titulaires et suppléants du Comité Technique d'Établissement et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

- Le Comité Technique d'Établissement peut constituer en son sein des sous-commissions ; il met en place un comité paritaire de formation.

- Les questions diverses sont limitées à 3 par réunion et par syndicat.

- Les séances ne sont pas publiques.

Section 11 – le Comité de Formation

11.1 Composition

Le comité de formation est une émanation du CTE, il est composé de :

- 6 représentants élus des organisations syndicales,
- 5 représentants de la direction,
- 1 personnel médical.

11.2. Compétences

- Le comité est compétent pour traiter de l'ensemble de la formation continue du personnel non médical et à ce titre préparer et mettre en œuvre le plan de formation ;

- Le comité vote sur les demandes de formation présentées par les agents au titre du Plan de formation considéré et de la répartition suivante :

- Droit Individuel à la Formation (DIF) ou période de professionnalisation (colloques, congrès, préparations aux concours) = 20 %,
- Actions de formation à caractère collectif = 30 %,
- Actions de formation à caractère individuel = 35 %,
- Actions de formation individuelles ou collectives relevant du plan complémentaire = 15 %.

- Les membres du comité de formation votent sur chaque demande.

- Les demandes sont classées de façon décroissante. Ne peuvent être acceptées que les demandes ayant obtenu 50% de voix "Pour" dans la limite de l'enveloppe budgétaire fixée.

11.3. Fonctionnement

· Secrétariat :

Le secrétariat est assuré par l'agent qui a en charge la gestion de la formation continue au sein de la direction des ressources humaines.

· Nombre de réunions :

Le comité se réunit au minimum 2 fois par an :

- Plan initial
- Plan complémentaire

Section 12 - Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)⁶⁷

12.1 – Composition

La CAPL est composée d'un nombre égal des représentants de l'administration et de représentants du personnel.

Les convocations doivent être paritaires.

La CAPL est constituée d'un nombre identique de représentants titulaires et suppléants selon le total des agents titulaires relevant de chacun des groupes, élu par l'ensemble des agents titulaires en activité, en détachement et en congé parental.

12.2 – Attributions

La CAPL n'a à connaître que des questions individuelles des agents titulaires, et quelquefois stagiaires (titularisations) et non titulaires (formations) ⁸

L'avis de la CAPL est obligatoirement recueilli soit en formation plénière, soit en formation restreinte.

En formation plénière, la CAPL procède à l'examen des situations particulières relatives⁹ :

- à la mise à disposition,
- au détachement,
- à la position hors cadre,
- à la disponibilité,
- au reclassement,
- à la démission,
- à la suppression d'emploi,
- aux litiges relatifs à l'exercice du travail à temps partiel.

⁶ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁷ Décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière, modifié.

⁸ Article 21 de la loi n° 86-33

⁹ Articles 46, 48, 49, 51, 60, 61, 62, 72 à 76, 87 ; 93.

En formation restreinte, la CAPL procède à l'examen des situations particulières relatives¹⁰ :

- aux propositions d'inscription sur une liste d'aptitude en vue d'une promotion interne,
- aux propositions de titularisation,
- à l'examen des notes et appréciations,
- aux propositions d'avancement d'échelons,
- aux propositions d'avancement de grades,
- aux propositions de sanctions disciplinaires,
- aux refus de congé pour formation syndicale avec traitement d'une durée maximum de 12 jours ouvrables par an.

12.3 - Règles de Fonctionnement

Nombre de réunions :

Les CAPL se réunissent au moins 2 fois par an et en séance extraordinaire sur demande du directeur d'établissement, du tiers des membres titulaires, du tiers des membres du conseil de surveillance.

Présidence : Le président du conseil de surveillance est président des CAPL. S'il est absent il est remplacé par l'un des représentants de l'administration présents, selon l'ordre de désignation précisé par une délibération du conseil de surveillance.

Section 13 - Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

13.1 - Composition.

- 6 représentants du personnel (les syndicats désignent les représentants des personnels au prorata des résultats obtenus aux commissions paritaires départementales, avec répartition des restes à la plus forte moyenne).
- 1 représentant des médecins et pharmaciens.
- L'inspecteur du travail et les agents des services de préventions des organismes de sécurité sociale qui doivent, en outre, être informés des réunions du CHSCT et peuvent y assister.
- Le secrétaire est choisi parmi les représentants du personnel.
- Le chef d'établissement ou son représentant assure la présidence.

Membres qui participent à titre consultatif :

- Le médecin du travail
- Le Directeur des services techniques, logistiques et travaux
- Le Directeur des services économiques
- Le Directeur des soins
- La DRH ou son représentant
- Un expert peut être invité à titre consultatif

13.2 – Compétences

· Missions de contrôle (inspections)

- 1) Respect des dispositions législatives
- 2) Assurance du bon entretien des dispositifs de protection
- 3) Contrôle des conditions de travail des femmes : accès à tous les emplois, problèmes liés à la grossesse.
- 4) Contrôle des conditions de travail des employés de l'établissement, des employés mis à la disposition de l'établissement par des entreprises.
- 5) Aménagement des postes des handicapés
- 6) Réalisation d'enquête en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle (circonstances et causes).

· Missions d'études de prévention :

¹⁰ Articles 35, 37, 41 (7°), 65, 66, 67, 68, 69, 81 à 84.

Analyse des risques professionnels auxquels sont confrontés les agents et des solutions pour y remédier (collaboration possible avec le médecin du travail).

· Missions de prévention liées aux domaines de compétence de l'hôpital :

- 1) Sources de rayonnements ionisants (dispositifs de prévention et maintenance)
- 2) Effets des conditions de travail sur la santé du personnel : organisation matérielle, environnement physique, aménagement des postes de travail, effets des horaires, indice des nouvelles technologies.

Droits de regard sur le rapport et le programme annuels établis par le chef d'établissement et le règlement intérieur, sur les projets d'aménagement des postes liés à une réorganisation, sur les conditions de travail et réinsertion des accidentés du travail. En outre, toute question de compétence dont il est saisi par le directeur.

Droit d'alerte sur le constat de danger grave par l'un des membres, enquête, dispositions pour y remédier. S'il n'y a pas eu de mesures prises pour y remédier, en cas d'accident du travail, il y a faute de l'employeur.

13.3 – Fonctionnement :

La durée des mandats est liée à celle des CAPD.

Les réunions ont lieu une fois par trimestre en moyenne, possibilité de réunions extraordinaires en cas d'accident (demandée par au moins 2 membres représentants du personnel).

L'ordre du jour est déterminé par le président et le secrétaire. Le président présente au moins une fois par an, un bilan d'hygiène et de sécurité et un programme de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail.

Les résolutions concernant les modalités de fonctionnement du CHSCT ou émises dans le cadre de ses missions sont prises à la majorité des membres présents.

Une formation spécifique est prévue pour les membres du CHSCT.

Section 14 - La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

14.1 – Composition

- Le Directeur Général, Président
- 2 médiateurs (1 médical et 1 non médical) et leurs suppléants
- 2 représentants des usagers et leurs suppléants
- 1 représentant de la CSIRMT et son suppléant
- 1 représentant du CTE et son suppléant
- 1 représentant des familles MAS/VAN GOGH

Assiste avec voix consultative le Directeur Qualité.

14.2 – Compétences

- Veiller au respect des droits des usagers.
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.
- Faciliter les démarches de ces personnes.
- Veiller à ce qu'elles puissent :
 - Exprimer leurs griefs auprès des responsables
 - Entendre leurs explications
 - Être informées des suites données.
- Elle est consultée sur la politique de l'établissement pour l'accueil, la prise en charge.
- Elle est informée de l'ensemble des plaintes et recommandations des usagers et des suites données.
- Elle peut avoir accès aux données médicales si accord écrit de la personne concernée.

- Elle présente un rapport d'activité au conseil de surveillance qui délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de la prise en charge et de l'accueil. Ce rapport est transmis à l'ARS et au conseil régional de santé (CRS)

14.3 – Fonctionnement

La commission se réunit une fois par trimestre en assemblée plénière et en tant que de besoins. La commission établit un calendrier d'une permanence téléphonique de ses membres.

Section 15 - Le Conseil de la Vie Sociale (CVS).

15.1 – missions

Le Conseil de la vie sociale (CVS) doit favoriser la participation et l'expression des personnes handicapées accueillies dans la Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) ainsi que celles de leur famille ou tuteur et les associer à l'élaboration et à la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.

Les membres du Conseil de la vie sociale formulent des avis et des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Sont particulièrement concernés l'organisation intérieure, la vie quotidienne, les activités, l'animation socio culturelle et les services thérapeutiques, et les projets de travaux et d'équipements.

Le Conseil de la vie sociale est obligatoirement consulté sur le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ou de service. Il se réunit au moins trois fois par an.

Au sein du Conseil de la vie sociale, le nombre des représentants des personnes accueillies, des représentants des familles et des représentants légaux, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

15.2. composition

Le Conseil de la vie sociale comprend au minimum :

- deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ;
- un représentant des familles ou représentants légaux ;
- un représentant du personnel ;
- un représentant de l'organisme gestionnaire.

Peuvent être candidats au Conseil de la vie sociale :

- toute personne hébergée ou prise en charge pour représenter les usagers ;
- tout parent, même allié, d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal pour représenter les familles ;
- tout personnel, salarié ou mis à disposition, pour représenter le personnel de l'établissement ou du service

Les usagers peuvent, en tant que de besoin, se faire assister d'une tierce personne.

Les membres du conseil ont la possibilité d'inviter toute personne pouvant participer à leurs travaux à titre consultatif.

La direction de l'établissement ou son représentant participe aux réunions avec voix consultative.

Section 16 - La commission d'activité libérale

Ses attributions, sa composition et ses conditions de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire¹¹.

Elle peut, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment les jours et heures de consultation où le praticien exerce son activité libérale.

¹¹ Articles L6154-5 et R6154-11 du CSP.

Elle est chargée du bon déroulement de l'activité libérale exercée par un praticien au sein de l'établissement et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la régissent, ainsi que des stipulations des contrats de praticiens.

Ses membres sont nommés par le directeur général de l'ARS ; leur mandat est de 3 ans.

La commission comprend :

- un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- un représentant de l'ARS désigné par son directeur général ;
- un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie désigné par son directeur ;
- deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la CME ;
- un praticien statutaire temps plein n'exerçant pas d'activité libérale désigné par la CME ;
- un représentant des usagers.

La commission se réunit au moins une fois par an.

Section 17 - La commission des marchés

17.1. Composition

Membres siégeant avec voix délibérative :

- Président : le Directeur du Centre Hospitalier Le Valmont ou son représentant.
- Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, désignés par le conseil de surveillance parmi les collègues des représentants des collectivités territoriales ou des représentants des usagers ou des personnalités qualifiées.
- Un représentant du Directoire et son suppléant désignés par le Directoire.
- Un représentant du service du CH Le Valmont en charge du suivi du (des) marché(s) soumis à l'avis de la commission des marchés.

La désignation est faite à l'occasion de chaque session de la commission des marchés en fonction de l'ordre du jour.

Membres siégeant avec voix consultative.

- Le Trésorier Principal du CH Le Valmont ou son représentant.
- Le délégué territorial Drôme Ardèche de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes pour les dossiers de marchés financés par l'ARS Rhône-Alpes.

Le Président de la commission des marchés peut décider de faire intervenir un « expert » désigné par lui pour apporter à la commission des marchés une expertise purement technique correspondant à l'ordre du jour. Cet expert ne peut participer aux débats et à l'avis de la commission des marchés.

17.2. Missions

La commission des marchés est obligatoirement consultée pour donner un avis pour l'attribution des marchés d'un montant supérieur aux montants fixés par la réglementation. (appels d'offres obligatoires)

A l'initiative du Directeur du CH Le Valmont, la commission des marchés peut être sollicitée pour donner un avis pour l'attribution de marché(s) d'un montant inférieur à celui exigé par la procédure d'appels d'offres.

La saisine de la commission des marchés est obligatoire lorsque la procédure d'appel d'offres ouvert ou fermé a été retenue par le pouvoir adjudicateur pour réaliser la mise en concurrence formalisée et quelque soit le montant du marché à souscrire.

17.3. Règles de fonctionnement

Le secrétariat de la commission des marchés est assuré par un représentant de la Direction des services économiques désigné par le Directeur du Centre Hospitalier Le Valmont ou son suppléant.

Un rapport retraçant les documents transmis aux membres de la commission des marchés pour l'instruction de projets de marchés à examiner, ainsi que les avis émis par la commission des marchés est rédigé sous forme d'un procès verbal signé par tous les membres avec leurs éventuelles observations.

Les convocations aux sessions de la commission des marchés, ainsi que l'ordre du jour détaillé arrêté par le Directeur sont transmis aux membres de la commission dans un délai minimum de 8 (huit) jours avant la session.

La commission des marchés ne peut valablement siéger qu'en présence au minimum de deux membres siégeant avec voix délibérative.

A défaut, la commission est à nouveau convoquée dans un délai maximum de 5 jours, le quorum de 2 membres siégeant avec voix délibérative est exigé.

CHAPITRE 2 - L'ORGANISATION MÉDICALE ET SOIGNANTE.

Section 1 - Code de déontologie

En référence au code de la santé publique¹², le praticien :

- Doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.
- Est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.
- Ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.
- A le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.
- Doit veiller, avec son équipe, à l'information du personne hospitalisée et garantir le secret médical.

La communication du dossier médical du personne hospitalisée peut être obtenue à la demande et avec l'accord formel de la personne concernée¹³.

Les règles déontologiques et éthiques de la profession médicale sur le CH du Valmont :

L'ensemble des praticiens du Centre hospitalier du Valmont sont soumis au code de déontologie médicale qui détermine les devoirs généraux des médecins, leurs devoirs envers les personnes hospitalisées ainsi que leurs rapports entre eux et avec les autres professions de santé.

Section 2 – L'organisation en pôles

2.1 Définition du pôle :

Le Centre Hospitalier du Valmont est organisé en pôles d'activité¹⁴, dans une optique de réelle complémentarité des activités et des orientations médicales qui permettent une mutualisation et une meilleure utilisation des moyens.

Le directeur a défini cette organisation, après concertation avec le directoire, conformément au projet médical d'établissement, et après avis du président de la CME ; la CME est informée de l'organisation interne de l'établissement.

Les pôles d'activité comportent des structures internes de prise en charge du malade par des équipes médicales, soignantes ou médico-techniques.

2.2 Organisation des pôles du CH Le Valmont :

L'organisation fonctionnelle des pôles est définie par les articles L. 6146 de 1 à 7.

Les pôles d'activité au Centre Hospitalier du Valmont sont au nombre de 6 :

- Quatre pôles cliniques :
 - * Psychiatrie générale centre.
 - * Psychiatrie générale sud.
 - * Psychiatrie Infanto-juvénile.
 - * Réhabilitation psycho-sociale et de longue évolution.
- Un pôle médico-technique.
- Un pôle administratif, technique et logistique.

2.3 Le chef de pôle et ses missions

Le chef de pôle clinique et médico-technique est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME ; Il est élu pour 4 ans.

¹² Articles R.4127-1 à R4127-112 du CSP.

¹³ Loi du 5 mars 2002 sur « les droits des personnes hospitalisées ».

¹⁴ Article L.6146 du CSP.

Le praticien chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Son rôle s'exerce sur de nombreux domaines de gestion, planification etc... en lien avec l'organisation de la continuité des soins et de la permanence médicale.

Le chef du pôle administratif, technique et logistique est nommé par le directeur, son rôle s'exerce sur l'ensemble des services administratifs, techniques et logistiques en lien avec les directeurs fonctionnels.

2.4 Les collaborateurs du chef de pôle.

Le cadre administratif et le cadre supérieur de pôle assistent le chef de pôle et l'aident dans la gestion du pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

Section 3 - Projet et Contrat de pôle :

3.1 Projet de pôle

Il est élaboré par le chef de pôle qui associe à sa préparation l'ensemble des instances du pôle. C'est un document pluriannuel, à contenu médical et organisationnel.

Il est en cohérence avec le projet d'établissement et définit :

- l'activité actuelle du pôle et ses développements futurs
- les modalités d'organisation interne du pôle et les articulations à renforcer ou à modifier.
- les partenariats à développer, en interne et en externe
- l'inscription du pôle dans des démarches d'amélioration de la qualité de ses prestations, de prévention et de gestion des risques, ainsi que d'évaluation des pratiques professionnelles.

Le projet de pôle est un document qui pose des objectifs quantifiés et de qualité, sa mise en œuvre concrète est traduite dans le contrat interne.

Un bilan annuel de son exécution est présenté dans le rapport d'activité.

3.2 Contrat de pôle

Après concertation avec le directoire, le directeur signe pour 4 ans avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

Le contrat fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation des objectifs.

L'objectif consiste à rechercher une plus grande souplesse pour les secteurs d'activité, à mutualiser les moyens existants afin de les optimiser pour répondre aux missions prévues par le projet de pôle défini en cohérence avec le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et enfin à partager des objectifs communs.

La commission médicale d'établissement est informée des contrats de pôle.

Section 4 - Corps médical.

4.1 Les règles déontologiques et éthiques de la profession médicale

Le code de déontologie médicale, défini par la réglementation, s'applique aux praticiens de l'établissement.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

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

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des personnes hospitalisées, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

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

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Le praticien a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

4.2 Corps médical

Le corps médical (psychiatres et médecins généralistes) du Centre Hospitalier le Valmont se compose de :

- Praticiens hospitaliers temps plein
- Praticiens hospitaliers temps partiel
- Praticiens attachés
- Praticiens attachés associés
- Internes ou faisant fonction d'internes

Les conditions de recrutement, les procédures de nomination et les fonctions respectives sont détaillées dans le Code de la Santé Publique (art. R.6152, R.6153, R.6154).

Depuis décembre 2007, le Centre National de Gestion assure la gestion des praticiens hospitaliers et organise les concours.

Section 5 - Activité libérale.^{15 16}

L'activité libérale des médecins hospitaliers est une activité que sont autorisés à exercer les praticiens statutaires exerçant à temps plein (PH temps plein et hospitalo – universitaires temps plein) dans les établissements publics de santé, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Elle s'effectue sous forme de consultations.

La demande d'activité libérale est soumise aux instances, elle doit faire l'objet d'un contrat et d'un contrôle annuel par une commission de l'activité libérale. Le tarif pratiqué par le praticien, dans le cadre de son activité libérale doit être affiché dans la salle d'attente de l'unité fonctionnelle.

Le temps consacré à ces activités est porté sur le tableau de service et ne peut dépasser 2 demi – journées par semaine.

L'activité doit être de même nature que l'activité assurée dans le secteur public, et le nombre de consultations doit être inférieur à celui effectué au titre de l'activité publique.

Les honoraires sont perçus par le praticien (dans ce cas il reverse une redevance) ou par l'hôpital directement qui reversera au praticien.

Compatible avec l'activité d'intérêt général dans la limite de deux demi-journées par semaine au total.

Section 6 - Demi-journées d'activité d'intérêt général¹⁷

Les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé consacrer deux demi-journées par semaine à des activités

¹⁵ Articles L 6154-1 à L 6154-7 du CSP et Articles R 6154-1 à D 6154-10-3, R 6154-11 à D 6154-17 et R 6141-17 à R 6141-36 du CSP

¹⁶ Loi n°87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social

¹⁷ Article R6152-30 du CSP modifié par décret n° 2010- 1141 du 29 septembre 2010

intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés assurant une ou plusieurs des missions définies à l'article L. 6112-1 dès lors que l'activité envisagée concerne l'une desdites missions ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé.

Section 7 - Permanence médicale des soins et visites médicales.

La permanence sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après – midi, dimanche ou jour férié.

Cette mission relève des praticiens pendant et en dehors des heures de service (permanence des soins sur place dite « garde » et astreintes)

7.1 - Gardes

Les gardes sur place sont assurées par :

- les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel ;
- les praticiens contractuels ;
- les attachés et attachés associés ;
- les assistants et assistants associés ;
- les internes
- ou autres praticiens extérieurs.

Le système de garde ou d'astreinte de nuit débute à 18 h et s'achève à 9 h.

Les samedis, dimanches et les jours fériés, le service de garde commence à 9 h et s'achève le lendemain matin à la même heure.

Les médecins en permanence sur place sont appelés exclusivement au moyen des bips qui leur sont attribués.

7.2 - Repos quotidien après la garde

Les praticiens qui effectuent des gardes bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par période de 24 heures. Par dérogation, ils peuvent accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, ils doivent bénéficier d'un repos d'une durée équivalente.

L'instauration du repos quotidien obligatoire répond aux exigences de qualité des soins. Le droit au repos quotidien est tout autant un principe de protection sociale en faveur des praticiens qu'un principe de sécurité sanitaire au bénéfice des personnes hospitalisées.

7.3 – Astreintes

Les astreintes sont assurées par des psychiatres pour donner des avis spécialisés et remplir les obligations médico-légales liées aux fonctionnements de l'établissement (ne peuvent participer aux astreintes les attachés associés, les assistants associés et les internes car ils ne sont pas spécialistes ...)

Les médecins en astreinte à domicile sont appelés par l'intermédiaire du standard de l'hôpital qui centralise tous les appels des unités fonctionnelles.

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

2 formes d'astreintes :

- astreintes opérationnelles : appels fréquents les week-ends et fériés ;
- astreintes de sécurité : appels peu fréquents en semaine.

7.4 – Organisation

Les tableaux de gardes et astreintes sont établis trois mois à l'avance par les praticiens et soumis à la signature du directeur de l'établissement qui en assure la diffusion tant interne qu'externe.

L'organisation générale de la permanence des soins est arrêtée par le Directeur du Centre Hospitalier après avis de la Commission Médicale d'Établissement sur proposition de la commission de l'organisation et de la permanence des soins (cf. règlement intérieur de la COPS).

7.5 - Visite médicale

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu tous les jours.

Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des gardes et astreintes médicales.

Section 8 - Le Département d'Information Médicale (DIM) 18

8.1 Généralités

Le département d'information médicale est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le département d'information médicale doit notamment procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Le médecin chef de chaque service ou département est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Il est destinataire de toutes les données statistiques concernant son service.

Il gère d'autre part les dossiers médicaux, sous toute forme (papier, dématérialisée...) et en assure l'archivage et le désarchivage.

Le département de l'information médicale participe enfin à la conception du système d'information médicale intégré au système d'information de l'établissement. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement.

8.2 Médecin DIM

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission médicale d'établissement et au directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales

¹⁸ Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 et n° 325 du 12 février 1990

sous la forme de tableau de bord. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux bases de données médicales qu'il constitue.

Le médecin responsable du département de l'information médicale est garant du respect :

- des règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche,
- des règles du code de déontologie.

8.3 Traitement automatisé des informations nominatives - droits d'accès

8.3.1 Généralités

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de la venue d'une personne hospitalisée dans l'établissement (hospitalisation, venue ou consultation) font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le malade, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

L'hôpital doit veiller à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité.

De plus, la personne hospitalisée a la possibilité d'accéder à son dossier administratif informatisé comme le prévoit la loi du 17 juillet 1978 modifiée¹⁹.

La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette Commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les personnes hospitalisées peuvent s'adresser à la direction générale.

Les dispositions légales principales sont affichées dans les locaux accessibles au personne hospitalisée.

8.3.2 Utilisation du système d'information²⁰

Il existe des droits d'accès utilisateurs qui peuvent s'exercer dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre. Toute modification des droits d'accès doit être autorisée par le Directeur ou son représentant, chargé des relations avec la C.N.I.L.

Les agents utilisateurs du système, dans leurs propres situations de travail, doivent se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel le Centre hospitalier met à leur disposition les technologies de l'information et de la communication.

¹⁹ Loi n°78-17 du 06.01.1978 modifiée (notamment par la Loi n°2004-801 du 6.08.2004), en particulier dans ses articles 39, 40 et 43 ; Articles L1110-4, 1111-8, 1111-8-1 et 1111-9

²⁰ Charte GSI 08 08 : concernant le bon usage des technologies de l'information et de la communication

Ils doivent se conformer aux dispositions réglementaires et aux obligations légales liées aux données nominatives et médicales.

Ils doivent respecter les dispositions spécifiées dans les chartes de l'institution

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de son utilisation.

8.4 Gestion des dossiers et informations annexes

8.4.1 Généralités

Le directeur veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer :

- la garde et la confidentialité des informations de santé, conservées dans l'établissement, conformément à la réglementation sur les archives hospitalières et aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel.

- la communication des informations médicales transmissibles aux personnes dûment autorisées

Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le personne hospitalisée et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières.

Les médecins conseil du service du contrôle médical de la sécurité sociale, les médecins experts de la Haute Autorité de Santé et les médecins Inspecteurs Généraux des Affaires Sociales et les médecins de la Commission départementale des soins psychiatriques ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique.

8.4.2 Dossier d'une personne hospitalisée :

Un dossier d'une personne hospitalisée est constitué pour chaque personne hospitalisée pris en charge, conformément aux dispositions prévues.²¹

Le dossier comporte l'identification d'une personne hospitalisée ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du personne hospitalisée (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations.

Ce dossier doit également contenir les éléments suivants, ainsi classés :

8.4.2.1 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 :

- a) la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission
- b) les motifs d'hospitalisation
- c) la recherche d'antécédents et de facteurs de risques
- d) les conclusions de l'évaluation clinique initiale
- e) le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée
- f) la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences

²¹ Articles R1112-1 à R1112-9 du CSP

- g) les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie
- h) les informations sur la démarche médicale (association du personne hospitalisée à sa prise en charge : information, consentement, information du bénéficiaire/risque)
- i) les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.
- j) le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
- k) les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé les correspondances échangées entre professionnels de santé

8.4.2.2 Les informations formalisées établies à la fin du séjour :

- a) le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie
- b) la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
- c) les modalités de sortie (domicile, autres structures)

8.4.2.3 Informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.*

* seules ces informations ne sont pas communicables

8.4.3- Tenue et communication du dossier personne hospitalisée

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'établissement. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du personne hospitalisée conformément aux dispositions prévues.²²

8.4.3.1 - L'accès au dossier personne hospitalisée

L'accès à son dossier médical du personne hospitalisée hospitalisé en service de psychiatrie, y compris sans son consentement, s'effectue dans le cadre du droit commun²³.

L'accès au dossier médical est réservé :

- au personne hospitalisée lui-même, s'il est majeur ;
- au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale ou au tuteur pour le dossier d'un personne hospitalisée mineur, sauf si ce dernier s'y est expressément opposé ;
- à l'ayant droit du personne hospitalisée décédé, dans la mesure où il veut connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir ses droits, et à condition que le personne hospitalisée ne s'y oppose pas de son vivant.

Cet accès peut s'effectuer sur place, dans le service, auprès du médecin responsable du dossier.

Sur demande expresse du requérant, il peut également s'effectuer par duplication de tout ou partie des éléments communicables du dossier, puis, le cas échéant, par envoi postal. La duplication et l'envoi sont facturés au requérant.

L'établissement doit assurer cet accès au plus tard dans les 8 jours suivant la demande, après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à 2 mois si le dossier médical date de plus de cinq ans.

Il n'est pas tenu de donner suite à des demandes manifestement abusives, en particulier par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique.

A titre exceptionnel, en cas de risque d'une gravité particulière, cet accès peut être subordonné par le médecin responsable de la personne hospitalisée à la présence d'un médecin désigné par ce dernier. Il en informe la personne hospitalisée.

²² Articles L1111-7 et R1111-1 à R1111-8 du CSP.

²³ Procédure DPA 02 relative à la communication des informations de santé

Si la personne hospitalisée refuse de désigner ce médecin intermédiaire, le médecin responsable de sa prise en charge et détenteur des informations médicales le concernant saisit la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, laquelle peut également être saisie par le personne hospitalisée.

L'avis de la commission, qui s'impose au demandeur et au détenteur, leur est notifié.

Le délai pour procéder à la communication est alors de deux mois à compter de la demande initiale.

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

Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès²⁴. Ils ne peuvent avoir accès qu'aux informations strictement nécessaires à la réalisation de tels objectifs²⁵.

Ils doivent être, par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité de prévention, de diagnostic ou de soins si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime

Section 9 - Service de soins, de rééducation et médico-technique.

Le service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques²⁶ regroupe, au sein de l'établissement l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins et des accompagnements.

Il est dirigé par un directeur des soins, de rééducation et médico-techniques coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur général du Centre National de gestion.

Des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé coordonnent, au sein du pôle ou du service dont ils ont la charge, sous l'autorité du directeur du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, l'organisation et la mise en œuvre des soins. Ils en assurent l'animation et la gestion.

Ils participent également à l'encadrement et à la gestion des personnels infirmiers, médico-techniques, de rééducation, éducatifs, d'animation.

Les personnels sont répartis en 4 filières :

- filière infirmière : infirmiers, aides-soignants, aide médico-psychologiques et agents des services hospitaliers qualifiés
- filière de rééducation : ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, masseur kinésithérapeute, podologue et diététicienne.
- filière médico-technique : préparateurs en pharmacie hospitalière.
- filière socio-éducative : moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés et assistants socio-éducatifs.

Section 10 - Les psychologues²⁷

Les psychologues conçoivent, élaborent et mettent en œuvre des actions préventives et curatives à travers la conduite d'entretiens individuels ou collectifs. Ils prennent en compte l'état psychique des individus et des groupes afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

Ils exercent leur fonction dans le cadre des structures intra et extra hospitalières.

²⁴ Articles L1110-4

²⁵ Arrêté du 3 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 2 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne (article 2)

²⁶ Article L.6146-9 du CSP

²⁷ Textes législatifs : Décret 91-129 du 31.01.1991 et Circulaire DH/FH3/92 du 23.06.1992.

CHAPITRE 3 : LES UNITÉS À ORIENTATION MÉDICO-SOCIALE

Section 1 : L'Unité de Soins Longue Durée (USLD) Géricault

Le centre hospitalier Le Valmont dispose en son sein d'une unité de soins de longue durée sanitaire²⁸. Cette unité, de 33 lits, accueille des personnes âgées au lourd passé psychiatrique et des personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés d'évolution modérée à sévère. Les personnes âgées accueillies au sein de cette unité présente un fort degré de dépendance soit d'un point de vue psychique, soit d'un point de vue moteur. Ces personnes nécessitent une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, mais elles bénéficient aussi d'un projet de soin et de vie individualisé.

Les modalités d'entrée à l'USLD sont définies par la commission d'admission de l'USLD.

Section 2 : La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) Van Gogh

Le centre hospitalier Le Valmont dispose d'une Maison d'Accueil Spécialisée²⁹ de 30 places. Cette structure est une structure médico-sociale qui accueille des adultes handicapés psychiques ou polyhandicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants et adaptés. Le public accueilli au sein de la MAS Van Gogh ne peut se suffire à lui-même dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Outre l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux, les aides à la vie courante et les soins d'entretien, la MAS Van Gogh propose, de manière permanente, aux résidents qu'elle accueille des temps d'activité socio-éducative en fonction du projet de vie personnalisé de chacun.

L'orientation en maison d'accueil spécialisée est définie par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). L'admission à la MAS est subordonnée à l'examen d'un dossier d'inscription qui est soumis à la commission d'admission de la MAS pour examen et avis.

La MAS Van Gogh dispose d'un règlement de fonctionnement propre³⁰.

²⁸ Article L 6111-2 du CSP

²⁹ Articles 312-1 (7° du I), L 344-1, R 344-1, R 344-2, D 344-41 du code de l'Action Sociale et des Familles

³⁰ Cf règlement de fonctionnement de la MAS

TITRE II – L’ ACCUEIL, LE SÉJOUR ET LA SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISÉES

CHAPITRE 1 – ACCUEIL

Section 1 – Droits fondamentaux et devoirs des personnes hospitalisées et des usagers du système de santé

Le Code de Santé Publique (CSP)³¹ proclame un certain nombre de droits en ce qui concerne la personne hospitalisée. Ces droits ont été renforcés par la loi du 4 mars 2002, la charte de la personne hospitalisée³², la charte de l’usager en santé mentale, la charte de l’institution.

Le code de l’Action Sociale et des Familles renforce les droits des usagers dans le secteur médico-social (MAS) (Cf règlement intérieur de la MAS)

Toutefois, en psychiatrie, il existe deux modes d’hospitalisation : les soins libres et les soins sans consentement. Ces derniers peuvent apporter certaines limites aux droits des personnes hospitalisées, notamment la liberté d’aller et venir.

1-1 - Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres³³

Les droits liés à l’exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées avec leur consentement sont régis par les dispositions de l’article L3211-2 du CSP qui stipule qu’une personne faisant l’objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l’exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades libres soignés pour une autre cause (libre choix du médecin et de l’établissement). Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l’état de la personne le permet. Ces droits sont résumés dans la charte de la personne hospitalisée.

Parmi ces droits figure la liberté d’aller et venir librement à l’intérieur de l’établissement où les personnes sont hospitalisées ; cette liberté fondamentale ne peut être remise en cause s’agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. Toutefois, en raison d’un manque de places en unités ouvertes, ces personnes hospitalisées peuvent être admises en unité fermée. Dans ce cas, elles doivent être immédiatement informées de cette modalité d’hospitalisation provisoire et un accueil rapide en unité ouverte doit être rapidement recherché. Durant leur séjour en unité fermée, les soignants doivent leur permettre d’exercer leur liberté d’aller et venir.

1-2 - Droits et libertés des personnes hospitalisées admis en soins psychiatriques sans leur consentement ³⁴

En ce qui concerne une personne hospitalisée admis en soins psychiatriques sans son consentement, les restrictions à l’exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, la personne faisant l’objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée

³¹ Titre 1er du Livre 1er - Articles L1110-1 à L1115-2

³² Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2.03.06 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

³³ Troisième partie Livre II Lutte contre les maladies mentales

³⁴ Article L3211-3

de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est informée :

a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions de maintien de la mesure ainsi que des raisons qui les motivent par le médecin qui la prend en charge

b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions de maintien de la mesure, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes, et notamment de sa possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention afin qu'il se prononce sur le maintien de la mesure.

L'avis de la personne hospitalisée sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 (représentant de l'État ou son représentant, président du TGI ou son délégué, procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et maire de la commune ou son représentant

2° De saisir la commission départementale des soins psychiatriques, article L. 3222-5, et lorsqu'elle est hospitalisée, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

4° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;

5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement, article L. 3222-3 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° D'exercer son droit de vote ;

8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade (personne de confiance).

1-3 – Droit aux informations de santé.

1-3-1 Information du personne hospitalisée, conservation des informations recueillies, accès aux informations

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables et des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé, les médecins de l'établissement assurent l'information des malades. Celle-ci doit être appropriée, accessible et loyale³⁵.

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. L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

³⁵ Articles L 1111-2 à L 1111-4

Les malades sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent. Ils sont informés préalablement de la nature, des bénéfices, des risques et des conséquences que les actes et prescriptions peuvent entraîner. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

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

Toute personne dispose d'un droit d'accès³⁶ aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le personne hospitalisée³⁷ et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières³⁸.

Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel³⁹.

Les médecins conseil du service du contrôle médical de la sécurité sociale, les médecins experts de la Haute Autorité de Santé et les médecins Inspecteurs Généraux des Affaires Sociales et les médecins de la Commission départementale des soins psychiatriques ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions⁴⁰.

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultant) doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins⁴¹.

Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge⁴².

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou son représentant légal, doit être informée par l'hôpital sur les circonstances et les causes de ce dommage⁴³.

1-3 - 2 Dossier d'une personne hospitalisée (tenue et communication)

Pour chaque personne hospitalisée pris en charge, un dossier est constitué, conformément aux dispositions des articles R1112-1 à R1112-9⁴⁴ du CSP.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières (Cf procédure)⁴⁵.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'établissement.

³⁶ Articles L 1111-7, R 1111-1 à 1111-8 et R 1112-1

³⁷ Articles R 1112-2 à R 1112-6

³⁸ Articles R 1112-7 à R 1112 – 9

³⁹ Articles L 1110-4

⁴⁰ Articles L 315-1 du Code de la Sécurité Sociale, Article L 1414-4 du CSP et Article 8 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

⁴¹ Article R 1112-42

⁴² Article L 1111-3

⁴³ Article L 1142-4

⁴⁴ Articles R 1112-1 à R 1112-9 du CSP

⁴⁵ Procédure DPA04

Le directeur veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical de la personne hospitalisée conformément aux dispositions prévues par les articles L1111-7 et R1111-1 à R1111-8 du CSP⁴⁶.

1-3 - 3 Plaintes, réclamations, droits à l'information en cas de dommage médical

Tout personne hospitalisée peut faire part directement de ses observations au directeur de l'établissement, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, ainsi qu'aux médiateurs médical et non médical dont les coordonnées sont disponibles au secrétariat de direction.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants-droits (si la personne est décédée) ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les 15 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 choix⁴⁷.

Elle peut également, si elle s'estime victime d'un préjudice, saisir la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

1-3 - 4 Relations avec les proches et les ayants droits

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et de leurs familles⁴⁸.

Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical - telles que diagnostic et évolution de la maladie - peuvent être données aux membres de la famille, aux proches ou à la personne de confiance par les médecins dans les conditions et limites définies par le CSP⁴⁹ et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du malade.

Si le malade, majeur, a désigné une « personne de confiance »⁵⁰ et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, la « personne de confiance » désignée par la personne hospitalisée peut en recevoir communication.

Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès⁵¹. Ils ne peuvent avoir accès qu'aux informations strictement nécessaires à la réalisation de tels objectifs⁵². Ils doivent être, par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité de prévention, de diagnostic ou de soins si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime⁵³.

1-3 - 5 Relations avec les médecins traitants

L'hôpital est tenu d'informer le médecin traitant désigné par le malade ou par sa famille de son séjour au sein de l'établissement. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous

⁴⁶ Art L 1111-7 et R 1111-1 à R 1111-8

⁴⁷ Article L 1142-4 du CSP

⁴⁸ Article R 1112-44

⁴⁹ Article L 1111-6

⁵⁰ Article L 1110-4

⁵¹ Article L 1110-4

⁵² Arrêté du 3 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 2 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne (article 2)

⁵³ Article L 1142-4

renseignements utiles sur le malade et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier⁵⁴.

A la fin du séjour hospitalier, si la personne hospitalisée en fait la demande, certaines pièces du dossier médical, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire, sont adressées dans un délai de 8 jours maximum au praticien que le malade ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Un double des comptes rendus est conservé dans le dossier de la personne hospitalisée.

1-3-6 Questionnaire de sortie ou enquêtes de satisfaction⁵⁵

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations.

Pour les personnes hospitalisées en hospitalisation complète, une enquête annuelle plus exhaustive est réalisée un jour donné.

1-4 Consentement

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé⁵⁶. Le consentement de la personne hospitalisée est également requis pour la participation d'un stagiaire aux soins qui lui sont dispensés.

1-4-1 Accord sur les soins

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment. Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses. Un dépistage (par exemple VIH) ne peut être réalisé qu'avec le consentement préalable de la personne, sauf dans certains cas exceptionnels où ce dépistage est obligatoire (dons d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait). Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu de la personne hospitalisée, ce qui constituerait une violation de la vie privée. Un dépistage volontaire peut être proposé au personnel⁵⁷. Par ailleurs, toute personne infectée par le VIH doit donner son consentement par écrit au traitement informatique de son dossier médico-épidémiologique à des fins statistiques. Les éventuels prélèvements d'éléments du corps humain doivent être effectués dans le respect des démarches prévues légalement. Toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut refuser tout acte diagnostic ou tout traitement ou en demander l'interruption personne hospitalisée dans le respect de son libre consentement, après information à tout moment. Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention, ni traitement ne peut avoir lieu, sauf en urgence, avant une consultation préalable, de la « personne de confiance » désignée, de la famille, ou à défaut d'un autre proche. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précités, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, le médecin en informe ensuite les accompagnants et l'un des proches de la personne hospitalisée.

1-4-2 La personne de confiance⁵⁸

Lors de l'admission, il est proposé à chaque malade majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ». Cette personne - qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant - a vocation à

⁵⁴ Article R 1112-6

⁵⁵ Article R 1112-67 du CSP

⁵⁶ Article L 1111-4

⁵⁷ Circulaire DGS/PGE n°684bis du 28/10/1987 relative au dépistage VIH – Circulaire DHOS/E1DGS/SD1B/SD1C/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

⁵⁸ Article L1111-6 - Charte de la personne hospitalisée

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

Si la personne hospitalisée le souhaite, la « personne de confiance » peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions. Son rôle est renforcé pour les malades en fin de vie^{59 60}: lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la « personne de confiance » qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis médical, à l'exclusion des directives anticipées⁶¹, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. Cette désignation est en principe valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par la personne hospitalisée (ou par le juge des tutelles pour les majeurs placés sous protection).

La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès), sauf désignation d'une même personne par la personne hospitalisée.

1-5 Soulagement de la Douleur

Le soulagement de la douleur des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels de l'établissement. Son évaluation et sa prise en charge sont prévues et organisées selon les missions du CLUD (cf 5.6). Les patients en sont informés par le biais du livret d'accueil.

1-6 Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie

1-6-1 Directives anticipées ⁶²

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ». Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement ; elles sont valables 3 ans et sont révocables à tout moment.

Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sous réserve que ces directives aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne hospitalisée.

1-6-2 Soulagement de la douleur en fin de vie⁶³

Il existe une procédure définissant les modalités pratiques à mettre en œuvre dès lors qu'une fin de vie est évoquée. Elle intègre l'évaluation et la prise en charge de la douleur en fin de vie.

1-7 Dispositions particulières relatives aux mineurs

Les dispositions suivantes complètent pour les mineurs les dispositions générales décrites en section 4 (dispositions particulières aux mineurs hospitalisés)

1-7-1 Information concernant les mineurs

Ce sont le ou les titulaires de l'autorité parentale qui doivent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur ou qui ont accès aux informations détenues par l'établissement concernant le mineur. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même d'une façon adaptée à son degré de maturité⁶⁴.

Toutefois, une personne mineure hospitalisée à sa demande en s'opposant expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale est la seule à pouvoir bénéficier du droit à

⁵⁹ Article L 1110-5 alinéa 5 définition légale : personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause

⁶⁰ Article L 1111-12 (Loi précitée)

⁶¹ Conférer article 1-6-1 du présent règlement intérieur sur les directives anticipées

⁶² Article L1111-11 ; Articles R1111-17 à R1111-20

⁶³ Article L1110-10 et L1112-4

⁶⁴ Article L1111-2

l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition⁶⁵.

Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice s'appliquent au mineur sous les réserves suivantes :

- l'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix⁶⁶
- si le mineur accepte l'accès aux éléments de son dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin⁶⁷.

1-7-2 Consentement aux soins concernant les mineurs

L'acceptation ou le refus des soins doit émaner de la personne ayant reçu l'information sur l'état de santé. En principe l'acceptation ou le refus des soins doivent donc être exprimés par les titulaires de l'autorité parentale. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables⁶⁸.

Lors de l'admission, s'il apparaît que l'autorisation écrite d'anesthésier, d'opérer et de pratiquer un acte invasif ne pourrait pas être obtenue à bref délai de son père, mère ou représentant légal pour cause d'éloignement ou pour tout autre motif, ceux-ci sont sollicités pour signer par avance cette autorisation. Cette autorisation leur est demandée par contre seulement lorsqu'elle devient nécessaire, s'ils sont en mesure de la donner à bref délai.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si elle ne peut être recueillie, il ne peut être procédé à aucun acte invasif, sauf urgence médicalement constatée ou risque de conséquences graves pour la santé du mineur, justifiant la délivrance des soins indispensables par le médecin⁶⁹.

Mais le consentement du mineur doit être toujours systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision⁷⁰. Il s'agit du seul consentement nécessaire lorsque la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle⁷¹. Le mineur peut par ailleurs s'opposer expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale ; lorsque le médecin ne parvient pas à obtenir son accord pour cette consultation, il peut alors se dispenser de rechercher le consentement des parents ou du représentant légal pour la mise en œuvre des actions médicales qui s'imposent pour sauvegarder la santé de l'intéressé, sous réserve de l'accompagnement du mineur par une personne majeure de son choix⁷².

En cas de refus de soins du mineur accompagné de cette personne et lorsque le pronostic vital est en jeu, le médecin prend en tout état de conscience les décisions nécessaires et s'il y a lieu accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

1-8 Dispositions particulières applicables aux majeurs sous tutelle⁷³

En principe, les dispositions générales et les dispositions spécifiques aux mineurs, qui ont été précédemment décrites, s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale.

Toutefois le majeur sous tutelle a également le droit de recevoir lui-même une information et de participer à la prise de décision le concernant d'une manière adaptée à sa faculté de discernement.

Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces personnes hospitalisées concernent :

- le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté

⁶⁵ Articles L1111-5 ; R1111-6

⁶⁶ Articles L1111-5 ; R1111-6

⁶⁷ Article L1111-7 ; R1111-6

⁶⁸ Article L1111-4

⁶⁹ Article L1111-4

⁷⁰ Article L1111-2

⁷¹ Article L1111-5

⁷² Article L1111-5

⁷³ Article L1111-2

- le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle

- en principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles⁷⁴, le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur.

1-9 Devoirs des personnes hospitalisées

Conformément à la charte de la personne hospitalisée, les personnels de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.

Ils sont attentifs au soulagement de la douleur des personnes hospitalisées, ainsi qu'à celle de leurs accompagnants.

Toutefois si les personnes hospitalisées ont des droits, elles ont aussi des devoirs et doivent, en retour, et dans la mesure permise par leur propre souffrance ou désarroi, respect aux personnes qui les prennent en charge. Le respect de la personne et de la dignité constitue une règle fondamentale.

Ainsi, l'hôpital met à la disposition de ses personnes hospitalisées des équipements dont il convient de prendre soin.

Le centre hospitalier du Valmont est un établissement public de santé. La loi s'y applique de plein droit. Chaque patient est civilement, voire pénalement responsable de ses actes et peut avoir à en assumer les conséquences.

En outre, si le règlement intérieur a fixé des règles adaptées aux spécificités de cet établissement de soins, ces règles doivent être respectées tant par les personnes hospitalisées que par les visiteurs.

Elles concernent notamment le respect :

- des personnels, des hospitalisés et des visiteurs. Cela implique en particulier le respect de la confidentialité et du droit à l'image, s'agissant notamment de l'usage d'appareils photos ou vidéos.
- des règles et recommandations relatives à l'hygiène et la sécurité.
- de l'interdiction de fumer dans les unités de soins et les lieux collectifs. Toutefois, des espaces fumeurs peuvent vous être proposés.
- de l'organisation des visites dans les services.
- des règles de circulation à l'intérieur de l'établissement.
- de l'interdiction d'introduire des objets dangereux, illicites ou nocifs à la santé. Le personnel est tenu de les confisquer et de les remettre à la Direction, qui les confiera aux services de Police.
- des locaux et des matériels.

Section 2 – Admission dans l'établissement.

2.1 - Sectorisation et principe du libre choix de la personne hospitalisée

Le principe du libre choix de la personne hospitalisée est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Ce droit s'exerce sous réserve de l'accord préalable du praticien qui prendra en charge la personne hospitalisée.

⁷⁴ Article L1111-6

Ce libre choix du médecin peut être limité par l'organisation médicale et soignante de l'établissement.

2.2 - Compétences en matière d'hospitalisation

L'admission d'une personne hospitalisée est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur avis d'un médecin de l'établissement. Elle est décidée, hors cas d'urgence reconnus par le médecin du service ou de garde, sur présentation d'un certificat du médecin traitant, hospitalier ou libéral, attestant de la nécessité de soins. Ce certificat peut être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant adressée au médecin hospitalier pour tous renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

2.3 - Compétences du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

En cas de refus par le Directeur, d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités de lit de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de santé. ⁷⁵

2.4 - Admission en urgence

Si l'état d'une personne hospitalisée réclame des soins urgents, le Directeur doit prendre toutes les mesures pour que les soins urgents soient assurés, même par manque de place.

Il doit prononcer l'admission même en l'absence de toutes pièces d'état civil et renseignements sur les conditions de prise en charge des frais de séjour. ⁷⁶

2.5 - Admission en urgence et transfert vers un autre établissement

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un malade requiert des soins urgents, nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou lorsque, son admission présente, par manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service, le Directeur provoque les premiers soins et prend toutes les mesures nécessaires pour que la personne hospitalisée soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis. ⁷⁷

2.6 - Information de la famille et des proches

Les familles ont droit aux informations sur les conditions d'hospitalisation et les modalités de soins. Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des personnes hospitalisées hospitalisés, y compris en cas d'urgence, soit prévenue sauf refus connu ou valablement exprimé par l'intéressé. Cette information incombe au personnel médical et paramédical des unités de soins.

2.7 - Refus de soins

Toute personne hospitalisée qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès verbal de refus, signé par deux témoins membres de l'équipe soignante, est dressé.

La sortie est prononcée par le Directeur.

Si la personne hospitalisée est atteinte de troubles mentaux rendant impossible son consentement, et si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, le Directeur provoque la mise en œuvre immédiate de l'une des procédures instituées par les articles L 3212.1 et L 3212.3 : soins sur demande d'un tiers

⁷⁵ Art R 1112.12

⁷⁶ Art R 1112.13

⁷⁷ Art R 1112.14

Si la personne hospitalisée nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le Directeur saisit les autorités compétentes, pour engager les procédures prévues par les articles L 3213.1 et L 3213.2 (Soins sur décision du représentant de l'état)

2.8 - Les formalités administratives d'admission

La personne hospitalisée, et, ou la personne qui l'accompagne doit se présenter au bureau des entrées (pendant les horaires d'ouvertures) afin d'y effectuer les formalités d'admission.

La personne hospitalisée ou son accompagnant doit présenter :

- une pièce d'identité
- sa carte vitale à jour, ou l'attestation d'ouverture de droits, établie par son organisme d'assurance maladie
- -sa carte de mutuelle, ou donner toutes les coordonnées d'un organisme tiers payeur pour la prise en charge du ticket modérateur et éventuellement du forfait journalier.

Si la personne hospitalisée est admis directement dans le service, le personnel soignant informe le bureau des entrées et récupère toutes les pièces et renseignements utiles et nécessaires à l'ouverture du dossier administratif et médical informatisé.

Quel que soit le mode d'hospitalisation (libre, sur demande d'un tiers, sur décision du représentant de l'état) l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant les informations relatives à l'identité de la personne hospitalisée et aux conditions de la prise en charge du séjour.

Dans le cas d'une hospitalisation de jour, ce sont les secrétariats médicaux qui prennent les renseignements et les transmettent sans délai au bureau des entrées.

Des assistantes sociales sont présentes dans l'établissement pour aider les personnes sans couverture sociale ou démunies, dans leurs différentes démarches.

2.9 - Les frais d'hospitalisation

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

Les frais d'hospitalisation sont couverts par un organisme de sécurité sociale et par un organisme mutualiste.

Le Forfait Journalier, sauf cas particuliers, (CMU, Accident du travail, etc...) reste à la charge de la personne hospitalisée.

Dans le cas où les frais de séjours ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par un organisme de d'assurance maladie, par la CMU ou tout autre organisme public, les intéressés ou leur famille, ou le tiers responsable, souscrivent un engagement d'acquitter les frais.

Ils sont tenus, sauf cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement, une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée de leur séjour.

En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

2.10 - Anciens Combattants et Victimes de Guerre. Art L 115

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

Un feuillet de ce carnet est à détacher afin d'obtenir une prise en charge des frais d'hospitalisation soit par la sécurité sociale ou par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre.

2.11 - Les militaires

En cas d'admission d'un militaire dont l'état de santé réclame des soins urgents, le Directeur signale cette admission au Chef de Corps de l'autorité militaire, ou à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé le permet, la personne hospitalisée est évacuée sur l'hôpital des armées le plus proche.

Hors les cas d'urgence, les militaires sont admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente.

2.12 - Étrangers

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'une personne hospitalisée étrangère, non résidente en France est de droit, quelles que soient les conditions de prise en charge.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'une personne hospitalisée étrangère est subordonnée à la justification de la prise en charge des frais de séjour par un organisme de protection sociale ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissants d'un état membre de la communauté européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français sous réserve qu'ils aient une couverture sociale dans leur pays d'origine.

A titre exceptionnel, une aide médicale peut être accordée, à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie- (maladie ou accident survenu de manière inopinée)- sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale.

La demande d'aide médicale est instruite par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du régime général sur demande de l'établissement hospitalier. Il s'agit de l'aide médicale état.⁷⁸

Le médecin de service ou de garde doit apprécier si l'état de la personne hospitalisée requiert une hospitalisation d'urgence (seul cas de prise en charge).

Le médecin délivre un certificat médical attestant l'urgence absolue de l'hospitalisation.

L'urgence doit être suffisamment explicitée sans pour autant indiquer la nature exacte de l'affection.

Le Directeur prononce l'admission au vu de ce certificat circonstancié.

Le service de soins ou le bureau des admissions récupère un maximum de documents et renseignements :

- pièce d'identité- passeport- carte européenne- carte d'assurance- coordonnées de la famille

S'il s'agit d'un ressortissant de l'Espace Économique Européen, ce certificat est joint avec une photocopie de la carte européenne et du passeport à la demande de la prise en charge faite auprès du service Migrants de la Caisse Primaire d' Assurance Maladie.

S'il ne s'agit pas d'un ressortissant de l'Espace Européen, le bureau des admissions prend contact avec l'assurance privée pour savoir si elle pratique ou non le tiers payant.

Si nécessaire un rapatriement sur le pays d'origine est organisé au plus vite.

2.13 - Personne usant de façon illicite de substances classées comme stupéfiants

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traités, peuvent s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. La personne hospitalisée enregistré sous « X » remplit une fiche de renseignements précisant son identité.

Celle-ci est placée sous pli cacheté dans le dossier administratif. Le dossier médical peut contenir l'identité de la personne hospitalisée.

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.⁷⁹

⁷⁸ Art L251.1 à 254.2 code action sociale et des familles

⁷⁹ Art R 1112-38

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L 3413-1 et L 3413-3 du CSP.⁸⁰

Section 3 - Dispositions particulières relatives aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement.

3.1 - Les soins psychiatriques sans consentement de la personne hospitalisée.

Il existe trois exceptions au principe de l'admission en soins libres :

- les soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SDT)
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)
- les soins psychiatriques sur décision de justice.

L'admission en soins sans consentement est prononcée si les conditions prévues par les dispositions légales et réglementaires du CSP sont réunies. La personne hospitalisée dans le cadre des 3 cas ci-dessus dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition.

Néanmoins, les significations qui auront été faites pendant l'hospitalisation à cette adresse pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux⁸¹.

3.1.1 Admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent⁸².

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur de l'établissement que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;
- 2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme des soins ambulatoires⁸³.

Le directeur de l'établissement prend la décision d'admission :

1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade.

Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La demande d'admission en soins psychiatriques comporte les mentions manuscrites suivantes :

- a) La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;
- b) Le nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ;
- c) Le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ;
- d) La date ;
- e) La signature.

Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte.

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions légales d'admission en soins sont réunies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un

⁸⁰ Art R 1112-39

⁸¹ Article L3211-7

⁸² Article L3212-1 et suivants

⁸³ Article L.3211-2-1

certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;

2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions précitées et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins.

Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement⁸⁴.

3.1.2 Admission en Soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État⁸⁵

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État d'une personne souffrant de troubles mentaux est prononcée par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié attestant qu'une personne souffre de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté de soins sur demande du représentant de l'état dans les formes prévues à l'article L3213-1.

Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

L'arrêté préfectoral doit être motivé et énonce avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Lorsque les autorités judiciaires⁸⁶ estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'État dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L. 3213-1 du code de santé publique.

3.1.3 Admission en Soins psychiatriques suite à une décision de justice⁸⁷

Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du CSP, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement autorisé à dispenser des soins psychiatriques sans consentement. Cette décision

⁸⁴ Article L3212-3

⁸⁵ Article L3213-1 et suivants

⁸⁶ Article 3213.7 du CSP

⁸⁷ Article 706-135 du code de procédure pénale

s'appuie sur une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure pénale et concluant que les troubles mentaux de l'intéressé(e) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le représentant de l'État dans le département est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même code.

3.2 - La période d'observation⁸⁸.

Toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiales sous la forme d'une hospitalisation complète. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L.3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues pour le certificat de 24h.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures, la forme de la prise en charge que devront prendre les soins et, le cas échéant, le programme de soins.

3.3 - La poursuite de la mesure de soins psychiatriques au-delà de la période d'observation.

3.3.1 en soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent⁸⁹

Lorsque les certificats établis dans les 24h, puis dans les 72h, confirment la nécessité de poursuivre les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre.

Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical. Au vu de ce certificat ou de cet avis médical, les soins peuvent être maintenus par le directeur pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, les soins peuvent être maintenus par le directeur pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables. Le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9 du CSP. Ce collège recueille l'avis de la personne hospitalisée. En cas d'impossibilité d'examiner la personne hospitalisée à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

3.3.2 en Soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État⁹⁰.

Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical établi dans un délai de 72h à compter de l'admission en soins, le représentant de l'État dans le département décide de la forme de prise en charge, en tenant compte de la proposition établie par le psychiatre et des

⁸⁸ Article 3211.2.2 du CSP

⁸⁹ Articles L3212-4 et L3212-7

⁹⁰ Articles L3213.1, L3213.2, L3213.3, L3213.4 du CSP

exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Dans l'attente de la décision du représentant de l'État, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour puis dans le mois qui suit la décision d'admission du représentant de l'État ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire du maire, et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne hospitalisée, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical de la personne hospitalisée.

Après réception des certificats ou avis médicaux et, le cas échéant, de l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 du code de santé publique et de l'expertise psychiatrique mentionnée à l'article L. 3213-5-1 du CSP, et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public, le représentant de l'État dans le département peut décider de modifier la forme de la prise en charge de la personne malade.

Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques mentionnée ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire du maire, le représentant de l'État dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical, le maintien de la mesure de soins pour une nouvelle durée de trois mois. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge de la personne hospitalisée.

Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'État dans le département pour des périodes maximales de six mois renouvelables selon les mêmes modalités.

- La forme de la prise en charge⁹¹

Une personne faisant l'objet de soins sur décision du directeur de l'établissement ou du représentant de l'État est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète

2° soit sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement autorisé à accueillir des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement, et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type. Dans ce cas, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Le programme de soins indique si la prise en charge du personne hospitalisée inclut une ou plusieurs des modalités suivantes :

1° Une hospitalisation à temps partiel ;

2° Des soins ambulatoires ;

3° Des soins à domicile ;

4° L'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques (dans ce cas il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement).

Il précise, s'il y a lieu, la forme que revêt l'hospitalisation partielle en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne hospitalisée peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne hospitalisée transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne hospitalisée, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.

⁹¹ Articles L3211-2-1, R3211-1 et L 3213.1

3.5 - La modification de la forme de la prise en charge

Le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne hospitalisée peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié. Le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne hospitalisée transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne hospitalisée, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.

3.6 - Les autorisations de sortie de courte durée⁹².

Les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée :

- sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance désignée et ce pendant toute la durée de la sortie.
- Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante huit heures.

L'autorisation de sortie est accordée par le directeur de l'établissement après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement.

Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

Dans le cas d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'État dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

3.7 - Les sorties dans l'enceinte de l'établissement.

Les sorties dans l'enceinte de l'établissement ne nécessitent pas la mise en œuvre des dispositions précitées. Elles se font sous la responsabilité du psychiatre qui prescrit la sortie par écrit. La personne hospitalisée peut être accompagnée ou pas de soignants, en fonction des prescriptions définies par le psychiatre et noté dans le dossier de soins.

Les personnes hospitalisées provenant d'un établissement pénitentiaire ne peuvent en aucun cas quitter l'unité de soins, même accompagnés, sauf autorisation préfectorale

3.8 - Saisine du juge des libertés et de la détention (JLD).

3.8.1 Le contrôle de la mesure de soins psychiatriques :

Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques. La saisine peut être formée 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 en tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité, 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 et le procureur de la République. Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, 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 mesure⁹³.

⁹² Article L3211.11.1 du CSP

⁹³ Article L3211-12

Le juge des libertés et de la détention examine la situation de toute personne hospitalisée admis en soins psychiatriques sans consentement lorsque celle-ci se poursuit sous la forme d'une hospitalisation complète :

- avant le 12^{ème} jour à compter de l'admission en soins psychiatriques
- avant le 12^{ème} jour faisant suite à une réintégration en hospitalisation complète d'une personne hospitalisée ayant fait l'objet de soins ambulatoires
- avant l'expiration d'un délai de six mois faisant suite à une décision judiciaire prononçant l'hospitalisation ou faisant suite à une précédente décision du juge des libertés et de la détention lorsque la personne hospitalisée a été maintenu en hospitalisation complète de façon continue depuis cette décision.

La requête auprès du JLD est faite par le Directeur sur présentation de l'ensemble des pièces demandées et justifiant les soins sans consentement.

La saisine est accompagnée d'un avis motivé établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil dans un délai de 8 jours à compter de l'admission ou 15 jours au moins avant l'expiration du délai de 6 mois .. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Le juge des libertés et de la détention entend la personne faisant l'objet de soins psychiatriques à l'audience. Celle-ci est assistée d'un avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office⁹⁴

Des locaux spécialement aménagés sont mis à la disposition du TGI dans l'enceinte de l'établissement.

3.8.2 La mainlevée de la mesure de soins psychiatriques.

Le juge des libertés et de la détention peut ordonner, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure. Lorsqu'il ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Ces dispositions s'appliquent quelle que soit la forme de la mesure de soins psychiatriques (sur décision du directeur ou sur décision du représentant de l'État).

Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais. Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration des délais fixés par l'article R3211-27, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

3.8.3 Appel de la décision⁹⁵

L'ordonnance du juge des libertés et de la détention peut être contestée devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. L'appel n'est pas suspensif. Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui.

Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours. La personne hospitalisée est maintenue en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond, sauf s'il est mis fin à l'hospitalisation complète.

⁹⁴ Article L3211-12 et L3211-12-1

⁹⁵ Article L3211-12-4

3.9 - Levée de la mesure de soins psychiatriques.

3.9.1 levée de la mesure de soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

3.9.1.1 sur décision médicale⁹⁶

Il est mis fin à la mesure de soins psychiatriques sur décision du directeur dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

3.9.1.2 requise par un tiers⁹⁷.

Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée :

1° Par la commission départementale des soins psychiatriques

2° Par la famille de la personne qui fait l'objet de soins, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Dans le cas mentionné au 2°, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le personne hospitalisée, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé de la personne hospitalisée. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention afin de lui demander la mainlevée de la mesure de soins. Dans ce même cas, lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du personne hospitalisée nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre une mesure d'admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État conformément aux dispositions de l'article L. 3213-6.

Le représentant de l'état dans le département peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises au présent chapitre ne sont plus réunies.

3.9.2 Levée de la mesure de soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État.

3.9.2.1.1 Sur proposition médicale.

Le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge de la personne hospitalisée attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques⁹⁸.

Si un psychiatre participant à la prise en charge de la personne hospitalisée atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ne sont plus remplies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical. Lorsqu'une expertise psychiatrique est ordonnée par le représentant de l'État en application de l'article L. 3213-5-1, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance⁹⁹.

⁹⁶ Article L3212-4

⁹⁷ Articles L3212-8 et 9

⁹⁸ Article L3213-4

⁹⁹ Article L3213-5

3.9.2.2. Requête par le représentant de l'État.

Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis par lequel un psychiatre de l'établissement constate qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen de la personne hospitalisée par un deuxième psychiatre.

Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de soixante-douze heures après la décision du représentant de l'État dans le département, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'une mesure de soins ambulatoires¹⁰⁰

Lorsque le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui saisit le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'État intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1¹⁰¹.

Par ailleurs, le représentant de l'État dans le département ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état mental du patient hospitalisé émis par deux experts-psychiatres, inscrit sur une liste établie par le procureur de la République, n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, lorsque la personne hospitalisée :

- a fait ou fait l'objet de soins psychiatriques d'une mesure de soins en raison d'une irresponsabilité pénale conformément aux articles L3213-7 du CSP ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale

- a fait un séjour d'une durée continue d'un an dans une unité pour malades difficiles¹⁰².

Ces dispositions s'appliquent également en cas de mainlevée de la mesure ordonnée par le juge des libertés et de la détention¹⁰³.

3.9.3 Levée automatique de la mesure.

La levée de la mesure de soins psychiatriques est constatée dès lors que :

- à défaut de production d'un des certificats, avis ou attestations requis par la loi

- en cas de saisine tardive du juge des libertés et de la détention, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense

- en l'absence de décision du juge des libertés et de la détention ou du premier président de la Cour d'Appel dans les délais fixés par la loi.

Ces dispositions s'appliquent quelle que soit la forme de la mesure de soins psychiatriques (sur décision du directeur ou sur décision du représentant de l'État).

3.10 - Le registre de la loi¹⁰⁴.

L'établissement tient un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures, pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et les soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État :

- Les noms, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

- La date de l'admission en soins psychiatriques

- Les noms, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée (soins psychiatriques « en péril imminent »)

- Les dates de délivrance des informations aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

¹⁰⁰ Article L3213-9-1

¹⁰¹ Article L3213-5

¹⁰² Article L3213-8

¹⁰³ Articles L3211-12 et L3211-12-1

¹⁰⁴ Article L3212-11 du CSP

- Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- Les avis et certificats médicaux ainsi que les attestations
- La date et le dispositif des décisions rendues par le Juge des Libertés et de la Détention
- Les levées des mesures de soins psychiatriques.

Il est soumis au représentant de l'État ou à son représentant, au président du tribunal de grande instance ou à son délégué, au procureur de la République ainsi qu'au maire de la commune de Montéleger et à la commission départementale des soins psychiatriques. Ces personnes visitent l'établissement et, à l'issue de celle-ci, apposent leur visa, leur signature et, s'il y a lieu leurs observations.

3.11 - Dispositions particulières.

3.11.1. La mise en place d'un collège¹⁰⁵.

L'avis d'un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement doit être recueilli :

- pour la saisine du juge des libertés et de la détention¹⁰⁶
- pour la transformation de la mesure de soins sous forme d'hospitalisation complète en mesure de soins ambulatoires¹⁰⁷
- pour la levée de la mesure ,¹⁰⁸

lorsque la personne fait ou a fait l'objet d'une mesure de soins en raison d'une irresponsabilité pénale conformément aux articles L3213-7 du CSP ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Ce collège examine également la situation de toute personne admise en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement lorsque la mesure excède un an à compter de l'admission en soins.

Le collège est composé d'un psychiatre participant à la prise en charge d'une personne hospitalisée, d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne hospitalisée et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge de la personne hospitalisée. Les membres du collège sont désignés par le directeur de l'établissement qui convoque celui-ci au moins cinq jours avant la date où l'avis doit être rendu.

3.11.2. La Commission Départementale des Soins Psychiatriques¹⁰⁹

Dans chaque département, une Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques (SDT et SDRE)

La CDSP :

- est informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins
- reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et examine la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques e obligatoirement :
 - celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en SDT en cas de péril imminent
 - celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'un an
- saisit en tant que besoin, le Préfet, ou le Procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques
- visite les établissements, vérifie les informations figurant sur le registre de loi et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées.
- adresse son rapport d'activités, chaque année, au JLD, au Préfet, au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, au Procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

¹⁰⁵ Articles L3211-9, L. 3211-12 et L. 3211-12-1, L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8

¹⁰⁶ Articles L3211-12 et L3211-12-1)

¹⁰⁷ Article L3213-1-III

¹⁰⁸ Article L3213-8

¹⁰⁹ Article L3223-1

- peut proposer au JLD du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet.
- statue sur les modalités d'accès aux informations de toute personne admise en soins psychiatriques.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission.

Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée.

3.11.3. Les visites¹¹⁰.

Les établissements sont visités, sans publicité préalable, au moins une fois par an par le Représentant de l'État dans le département ou son représentant, le Président du Tribunal de Grande Instance ou son délégué, le Procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement, le Maire de la commune ou son représentant.

Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil, et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent la bonne application des dispositions (SDT et SDRE) et signent le registre de l'établissement (voir section 3.10).

3.12 - Accès aux informations de santé¹¹¹.

Les personnes hospitalisées sans consentement accèdent aux informations de santé les concernant conformément aux dispositions de l'article L1111-7 du CSP.

Toutefois, à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière.

En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Section 4 – Dispositions particulières aux mineurs hospitalisés.

4.1 - Admission d'un mineur

L'admission d'un mineur en soins psychiatriques, est demandée par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille, par le tuteur ou par l'autorité judiciaire.

En cas de désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.¹¹²

Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal, ou dans l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable de l'unité concernée, peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Pour un mineur relevant de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par son père, mère ou tuteur.

Toutefois, si ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Dans ce cas, le Directeur adresse à ce service, sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, le certificat confidentiel du médecin responsable de l'unité, indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

L'admission est prononcée au vu :

¹¹⁰ Article L3222-4

¹¹¹ Article L1111-7

¹¹² Article L3211.10

- d'un certificat médical d'hospitalisation
- d'une demande d'admission du responsable légal ou à défaut, une ordonnance de placement provisoire valable 15 jours, éventuellement renouvelable sur demande médicale.

Documents vérifiés par le bureau des admissions, le cadre supérieur d'astreinte, et une information est faite au Directeur.

4.2 - Admission d'urgence d'un mineur

En cas d'urgence, la demande d'admission peut, à titre exceptionnel, être signée à posteriori par le titulaire de l'autorité parentale.

En l'absence de demande d'admission, le personnel du bureau des admissions veille à prévenir dans les plus brefs délais, le titulaire de l'autorité parentale de l'admission du mineur et s'enquiert de son accord oral dans l'attente de la transmission d'un accord écrit.

La mention de l'appel téléphonique est faite dans le dossier administratif.

4.3 - Admission d'un mineur à la demande de l'autorité judiciaire

La décision de justice confiant un mineur à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder 15 jours.

La mesure peut être renouvelée après avis d'un psychiatre de l'établissement pour une durée d'un mois renouvelable.

L'ordonnance provisoire de placement doit être transmise au bureau des admissions et au service de soins concerné.

4.4 - Admission d'un mineur en hospitalisation sous contrainte

Pas d'admission possible en soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. L'admission en soins psychiatriques est possible sur décision du représentant de l'état, si les circonstances l'exigent et si les conditions prévues par les textes sont remplies.¹¹³

4.5 - Séjour du mineur

Pendant tout son séjour, le mineur hospitalisé est placé sous la responsabilité de l'établissement.

Le mineur est hospitalisé dans une chambre seule.

L'accord des parents, du tuteur ou de la personne désignée par l'autorité judiciaire est nécessaire pour les visites, pour les interventions chirurgicales et diverses, pour les activités extérieures à l'établissement. (piscine, promenade...)

Ces autorisations d'intervention, établies en deux exemplaires, sont déposées lors de l'entrée du mineur au bureau des admissions et dans le dossier médical.

4.6 - Sorties temporaires et définitives du mineur

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être confiés, pour les sorties temporaires ou définitives, qu'à leur père, mère, tuteur ou tierces personnes expressément autorisées par écrit, par ceux-ci. Dans ce cas, des pièces justificatives seront exigées à la sortie. (carte nationale d'identité)

4.7 - Sorties prématurées

Si la sortie est demandée pour un mineur par son représentant légal et que cette sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service saisit le procureur de la

¹¹³ Article L 3213.1

république en plus de la procédure de décharge, afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaires.

Si la sortie est demandée par un mineur, opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure et le médecin responsable saisit aussi le procureur à la même fin.

4.8 - Conflit entre les titulaires de l'autorité parentale

En cas de désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale, l'établissement, en cas d'urgence, saisit le procureur de la république qui peut prendre une ordonnance de placement provisoire dans l'attente de la saisine du juge aux affaires familiales qui statue.

Section 5 - Dispositions particulières des détenus hospitalisés

L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue est réalisée au sein de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée du Centre Hospitalier Le Vinatier à Bron (Rhône)

En l'absence de place à l'UHSA, les hospitalisations des détenus nécessitant des soins psychiatriques font l'objet de la procédure de soins sur décision du représentant de l'état prévue à l'article L 3213.1 du CSP.

5.1 - Admission des détenus

Toute personne écrouée dans un établissement pénitentiaire, dont l'état de santé nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux, est hospitalisée sur décision du représentant de l'état, au vu d'un certificat médical circonstancié, sous la forme de l'hospitalisation complète dont le régime est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L 3213.1

L'arrêté préfectoral désigne l'établissement qui assure la prise en charge –mentionné à l'article L 3222.1- Cet arrêté doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu nécessaire la mesure de soins psychiatriques.

5.2 - Transfert des détenus

A l'admission, le transfert du détenu de la maison d'Arrêt vers le Centre Hospitalier Le Valmont, est sous la responsabilité du centre hospitalier (ambulanciers, infirmiers, escorte)

A la sortie, le transfert du Centre Hospitalier Le Valmont vers la Maison d'Arrêt, est sous la responsabilité de la maison d'arrêt.

5.3 - Droits des détenus hospitalisés

Les mesures restrictives auxquelles le détenu est soumis dans l'établissement pénitentiaire, sont maintenues au cours de l'hospitalisation.

En raison de leurs troubles mentaux les articles L 3211.3, 4, 6 ,8 ,9 et L 3211.12 à 12.4 leur sont applicables.

En ce qui concerne la saisine du juge des libertés et de la détention, l'avis conjoint est rendu par un psychiatre de l'établissement participant à la prise en charge de la personne hospitalisée et désigné par le directeur, ainsi que par un psychiatre, consulté par tout moyen, intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'où vient la personne hospitalisée.

Si le Juge des Libertés et de la Détention ordonne la main levée d'une mesure de soins psychiatriques d'un détenu, celui-ci retourne en détention.

Le centre hospitalier recevant un détenu doit rester en relation étroite avec l'établissement pénitentiaire où il est écroué et veiller à ce que lui soient appliquées les voies de recours et les mesures d'individualisation dont il serait susceptible de bénéficier.

5.4 - Application des règlements pénitentiaires

Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à l'égard du détenu admis à l'hôpital, notamment en ce qui concerne ses relations avec l'extérieur.

- Visites : durant l'hospitalisation les droits de visite sont suspendus
- Correspondance : sauf avis contraire de la maison d'arrêt les personnes détenues peuvent écrire et recevoir du courrier. Ces correspondances sont transmises à l'établissement pénitentiaire qui en assure, dans les 24 h de leur réception, le retour ou l'envoi, après contrôles effectués.
- Téléphone : les détenus sous écrou à la maison d'arrêt n'ont pas accès aux communications téléphoniques.
- Conditions d'hospitalisation : la personne détenue hospitalisée est maintenue en chambre d'isolement.
- Sorties : sur prescription médicale, écrite et signée, une éventuelle sortie dans l'unité de soins, peut être autorisée. Cette sortie est obligatoirement limitée dans le temps et accompagnée d'un soignant pendant toute sa durée.
- Sorties dans l'enceinte du parc de l'établissement : les personnes détenues ne peuvent en aucun cas quitter l'unité de soins, même accompagnées, sauf autorisation préfectorale.

5.5 - Incidents

Tout incident provoqué par le détenu au cours de son hospitalisation doit être porté à la connaissance des autorités compétentes dans les conditions prévues par le code de la santé pénale ¹¹⁴

5.6 - Fin de l'hospitalisation

Dès l'instant où il a été mis fin aux soins psychiatriques sur demande du représentant de l'état, il est procédé au transfèrement du détenu dans l'établissement où il est écroué.

CHAPITRE 2 - LE SÉJOUR.

Section 1 - Accueil

1.1. accueil dans l'unité de soins

L'accueil des personnes hospitalisées est assuré à tous les niveaux par un personnel spécialement préparé à cette mission. Les personnes hospitalisées sont informées par tous les moyens adéquats (nom figurant sur les tenues de travail, badges...) du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins¹¹⁵.

Afin de prévenir tout incident et de garantir la sécurité des personnes hospitalisées et du personnel, il est nécessaire de vérifier qu'aucun objet dangereux ne soit introduit dans une unité de soins.

A cet effet, et en cas de suspicion, le personnel soignant doit vérifier que les personnes hospitalisées ne portent pas sur eux ou dans leurs affaires des objets de ce genre (arme notamment).

Cette vérification peut se faire, avec l'accord de la personne hospitalisée, ou en cas de refus, par palpation et fouilles des affaires devant témoin.

1.2. remise du livret d'accueil

Dès l'admission, un livret d'accueil contenant toutes les informations utiles au séjour hospitalier est remis à chaque personne hospitalisée. La charte de la personne hospitalisée figure dans ce livret.

¹¹⁴ Article D280 à D 283

¹¹⁵ Article R.1112-40 et R.1112-42 du CSP

Ce livret d'accueil comprend également le questionnaire de sortie¹¹⁶.

1.3. anonymat

La personne hospitalisée peut demander à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement. Il est néanmoins tenu de donner son identité au moment de son admission et sera enregistré sous celle-ci dans le système d'information de l'établissement.

L'anonymat est total : si la personne hospitalisée souhaite que sa présence soit connue par certains proches, il lui incombe de les informer lui-même.

Le bureau des admissions et le standard ne donneront aucune information sur la présence de la personne hospitalisée en cas d'appels extérieurs ou de personnes qui se présenteront en vue de rendre visite à la personne hospitalisée.

1.4. majeurs protégés

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, modifiée par la loi n°2009-526 du 12 mai 2009.

Dans l'intérêt de la personne hospitalisée, une mesure de protection peut être demandée par le psychiatre.

1.5. dépôt des objets de valeur

Lors de son admission, un inventaire des biens détenus par la personne hospitalisée est effectué sur un document spécifique et consigné dans le dossier de celui-ci. Les sommes d'argent et objets de valeur sont déposés au coffre des services économiques (régie de l'établissement) par les cadres des unités ou les cadres de nuit. S'il refuse ce dépôt, il est tenu de notifier et signer sur le document d'inventaire qu'il « atteste avoir été prévenu des risques encourus et où il décharge le Centre hospitalier du Valmont de toute responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration ». Pour les personnes hors d'état de manifester leur volonté et se trouvant dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, le dépôt est effectué par le personnel de l'établissement¹¹⁷.

Les heures d'ouverture de la régie des services économiques sont communiquées aux personnes hospitalisées par le personnel afin qu'ils puissent récupérer leurs biens à leur sortie.

Section 2 - Séjour

2.1. activités thérapeutiques

Des activités thérapeutiques ou occupationnelles destinées à favoriser la réinsertion des personnes hospitalisées sont organisées dans l'établissement, les personnes hospitalisées peuvent s'y rendre sur prescription médicale.

Les activités proposées favorisent l'expression verbale, l'expression corporelle, la créativité et le lien social. Elles s'inscrivent dans le cadre du projet de soins individualisé de la personne hospitalisée.

2.2. unités ouvertes et unités fermées

Les personnes hospitalisées peuvent être hospitalisés soit dans une unité ouverte, soit dans une unité fermée, en fonction de leur état clinique et des places disponibles.

(Voir section 1 du titre I - chapitre 1)

2.3. mesures de contention et mise en chambre d'isolement

Les modalités de soins que constituent la mise en isolement ou l'utilisation de moyens de contention rendues nécessaires par l'état du malade, ne peuvent être mises en œuvre que sur prescription médicale, sauf urgence absolue. Dans tous les cas, elles doivent précisément être mentionnées dans le dossier de la personne hospitalisée.

¹¹⁶ Article R.1112-41 du CSP

¹¹⁷ Article L1113-3 du CSP

Elles respectent un protocole thérapeutique défini et revu toutes les 24 heures par le médecin. Afin de favoriser la surveillance de la personne hospitalisée et de garantir sa sécurité, les chambres d'isolement peuvent être placées sous vidéosurveillance¹¹⁸ (Site de Montélimar) ; Les personnes hospitalisées en sont informés.

Section 3 – informations générales – Vie quotidienne

3.1. chambre des personnes hospitalisées

L'établissement comporte un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun. Les chambres sont attribuées par l'équipe soignante et médicale en fonction des indications thérapeutiques et/ou des disponibilités.

Les personnes hospitalisées ne peuvent interdire ou limiter l'accès de leur chambre au personnel hospitalier. Ce dernier veillera à respecter l'intimité de la personne hospitalisée.

3.2. repas

Les horaires des repas peuvent différer selon les unités ; Ils restent dans les créneaux horaires suivants :

- petit-déjeuner entre 8 h 00 et 9 h 00
- déjeuner entre 11 h 30 et 13h00
- dîner entre 18 h 30 et 19 h 30.

Les menus sont établis par le chef de la restauration et la diététicienne qui élaborent également des régimes spéciaux sur prescription médicale.

Les menus sont affichés dans les services.

Sauf consigne spécifique, les repas sont pris dans la salle à manger de l'unité de soins.

3.3. Linge des personnes hospitalisées

La personne hospitalisée conserve ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui ou ses proches d'en assurer l'entretien. Il est recommandé de marquer le linge privé. A titre exceptionnel, la blanchisserie de l'établissement peut prendre en charge le linge privé des personnes hospitalisées lavable à 30° au moins. Elle ne pourra être tenue pour responsable de l'altération de ces effets.

Pour les unités GÉRICAULT (USLD) et VAN GOGH (MAS), le linge est marqué et entretenu par le service blanchisserie.

3.4. Versement d'argent au personnel

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les personnes hospitalisées, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt¹¹⁹.

3.5. Courrier – Téléphone – Navette

Le courrier :

Le courrier est distribué chaque jour ouvrable.

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales¹²⁰, à l'exception des opérations financières ; Dans ce cas, la personne hospitalisée doit timbrer ses plis avant de les transmettre au personnel du service.

Pour informations complémentaires se référer au livret d'accueil.

Le téléphone :

¹¹⁸ Circulaire Premier Ministre n°5553 du 14 septembre 2011 précisant le cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéo protection sur la voie publique et dans des lieux ou établissements ouverts au public, d'une part, et dans des lieux non ouverts au public, d'autre part.

¹¹⁹ Article R. 1112-51 du CSP

¹²⁰ Article R. 1112-53 du CSP

Les hospitalisés peuvent recevoir des communications téléphoniques (de préférence l'après midi) dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services¹²¹ et ne sont pas proscrites par le médecin du service pour raisons médicales.

Sauf avis médical contraire, l'utilisation de téléphone portable est autorisée dans l'établissement. Ces appareils sont utilisés sous la responsabilité des personnes hospitalisées. Il est rappelé en particulier qu'il est strictement interdit de filmer ou de photographier d'autres personnes hospitalisées sous peine de confiscation de l'appareil et des poursuites prévues à l'article 226-1 et suivants du code pénal.

La navette :

Une navette est mise à disposition des personnes hospitalisées et des familles pour le site de Montéleger ; Cette navette s'effectue entre le site de Montéleger et le Centre Hospitalier de Valence (CH) du lundi 8h45 au samedi 12h40 avec une fréquence régulière selon les horaires affichés dans les unités et consultables sur le site internet et dans le livret d'accueil de la personne hospitalisée.

3.6. Appareils sonores (télévision, radio)

Les appareils de télévision ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'après avis de l'équipe pluridisciplinaire et sous réserve du respect des règles de sécurité de l'hôpital et de la conformité avec le projet de soins. En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins¹²².

Dans chaque unité de soins, les personnes hospitalisées disposent d'un espace permettant de regarder la télévision durant les heures autorisées.

3.7. Accès bibliothèque et accès Internet

Les personnes hospitalisées et résidents disposent d'un fond documentaire sur les deux sites et peuvent emprunter des ouvrages à la demande.

Les patients et résidents disposent d'un accès internet à la bibliothèque du Centre Auguste Renoir et à la MDA, dans le respect du cadre réglementaire et des exigences ou limites liées aux soins.

3.8. Exercice d'un culte

Les hospitalisés ont la possibilité de participer à l'exercice de leur culte¹²³.

Un service d'aumônerie catholique et protestant est disponible sur place ; Il peut être fait appel à un ministre d'un autre culte sur simple demande.

L'expression des convictions religieuses ne doit cependant pas faire obstacle à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches, ni au fonctionnement régulier du service.

3.9. Visite des proches

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés sur rendez-vous¹²⁴.

Horaires et conditions de visites¹²⁵ :

L'accès à l'établissement et aux unités de soins est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'une personne hospitalisée aux heures de visites. Tout membre du personnel du CH Le Valmont est habilité à demander à un visiteur les raisons de sa présence dans le service.

¹²¹ Article R. 1112-54 du CSP

¹²² Article R. 1112-55 du CSP

¹²³ Article R1112-46 - Circulaire n° DGOS /R44/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements publics de santé

¹²⁴ Article R. 1112-44 du CSP.

¹²⁵ Article R. 1112-47 du CSP, Circulaire DH N°1034 du 14/10/1983.

Les visites ont lieu uniquement l'après midi, afin de ne pas gêner l'organisation des soins, et peuvent être limitées ou momentanément interdites pour des raisons thérapeutiques et/ ou médicales. Les visiteurs doivent être en nombre raisonnable dans l'unité de soins.

Des aménagements de visites sont possibles au cas par cas dans des situations particulières.

Il est possible, sous certaines conditions, pour les membres de la famille de se restaurer sur place après en avoir fait la demande auprès de l'équipe soignante.

Les malades peuvent demander aux cadres de santé du service de ne pas permettre aux personnes, qu'ils désignent, d'avoir accès à eux¹²⁶.

Comportement des visiteurs :

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des personnes hospitalisées, ni gêner le fonctionnement des services.

Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux personnes hospitalisées, denrées ou boissons non alcoolisées qui n'auraient pas été autorisées par le médecin ou le cadre de santé du service d'hospitalisation du malade.

Lorsque ces diverses obligations ne sont pas respectées, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ou son représentant avec éventuellement le concours des forces de Police

Les visites sont interdites aux mineurs de moins de 15 ans ; Néanmoins, afin de faciliter les relations des personnes hospitalisées avec leurs enfants, les visites peuvent être autorisées sur avis médical.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès, à titre professionnel, auprès des personnes hospitalisées, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation écrite du directeur.

3.10. Animaux domestiques

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens guides d'aveugles et ceux intégrés dans un protocole thérapeutique, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital ou dans les structures extra - hospitalières¹²⁷.

Section 4 – Respect des personnes et des locaux

4.1. Désordres causés par les personnes hospitalisées et résidents¹²⁸

Le comportement ou les propos des personnes hospitalisées ne doivent pas être une gêne pour les autres personnes hospitalisées ou pour le fonctionnement du service.

Il est demandé aux personnes hospitalisées et résidents d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision, d'éteindre leur téléphone portable, d'éviter les conversations trop bruyantes, de ne pas fumer dans l'établissement, de rester courtois avec les autres malades, les visiteurs et le personnel.

En cas de violence, et pour des raisons de maintien de la sécurité des personnes hospitalisées et des personnels, il peut être fait appel à l'équipe de sécurité.

En cas de troubles persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes mesures appropriées pouvant aller jusqu'à l'appel aux forces de l'ordre et à l'exclusion de l'intéressé.

4.2. Respect des locaux et des équipements

Les hospitalisés veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du malade¹²⁹. Chaque personne hospitalisée reste civilement responsable de ses actes et doit, en fonction de son état de santé, en assumer les conséquences, notamment financières.

¹²⁶ Article R. 1112-47 du CSP

¹²⁷ Article R. 1112-48 du CSP

¹²⁸ Articles R. 1112-47, R. 1112-48 et R. 1112-49 du CSP

¹²⁹ Article R. 1112-50 du CSP

4.3. Alcool, substances illicites

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments. Le cadre de santé et le personnel soignant du service s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons alcoolisées. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

L'introduction de substances illicites est formellement interdite et expose la personne hospitalisée à une sortie disciplinaire pour rupture du contrat ou du projet de soins.

Toute substance illicite détenue par une personne hospitalisée fera l'objet d'une saisie, d'un dépôt chez le directeur pour remise aux autorités judiciaires concernées¹³⁰. Le directeur de l'établissement se réserve le droit de porter plainte en cas d'introduction de substances pénalement réprimées.

4.4. Tabac

Conformément à la législation en vigueur, il est interdit de fumer dans les lieux fermés et couverts de tous les sites de l'hôpital qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail. Toutefois, des espaces fumeurs peuvent être proposés (USLD).

Des substituts nicotiques peuvent être proposés aux personnes hospitalisées dépendants qui le souhaitent.

CHAPITRE 3 - LA SORTIE.

Section 1 – modalités de sortie

1.1. Autorisation de sortie temporaire

Les hospitalisés peuvent, en fonction de leur état de santé, bénéficier d'autorisation de sortie temporaire d'une durée maximale de 48 heures. Ces autorisations sont accordées sur avis favorable du médecin par le directeur ou son représentant.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant¹³¹.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement.

1.2. Sortie définitive

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin qui l'a pris en charge.

Un bulletin de sortie ne comprenant ni diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivée l'hospitalisation, ainsi que les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la poursuite des soins et de ses traitements et à la justification de ses droits sont remis au personne hospitalisée¹³².

Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète, conserve à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs (sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil), sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés¹³³.

¹³⁰ Instruction n°DHOS/DSR/Mission des usagers/2011/139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par une personne hospitalisée accueilli dans un établissement de santé

¹³¹ Article R 1112-56 du CSP

¹³² Articles R 1112-59 et R 1112-61 du CSP

¹³³ Article L 3211-5 du CSP

1.3. Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, et des personnes hospitalisées sans leur consentement, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin responsable de la personne hospitalisée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour sa santé, ce dernier n'est autorisé à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une décharge attestant qu'il a eu connaissance des risques que cette sortie lui fait encourir.

Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès verbal de ce refus est dressé par le praticien et contresigné par deux témoins.

Si toutes les conditions de mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement sont remplies, le médecin peut demander la transformation des soins libres en mesure de soins sans consentement.

1.4. Sortie disciplinaire

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire par le directeur ou son représentant, après avis du médecin.

1.5. Sortie des personnes hospitalisées sans autorisation

Un protocole spécifique indique la conduite à tenir par le personnel du CH Le Valmont ¹³⁴en cas de sortie de la personne hospitalisée sans autorisation (fugue ou non respect du programme de soins).

Un signalement peut être effectué auprès des forces de police et de gendarmerie pour toute absence de la personne hospitalisée hospitalisé sans consentement et, sur décision du médecin, en cas de risque grave pour la santé de la personne hospitalisée en soins libres. Cette information est signalée aux autorités compétentes.

Section 2 – Décès

2.1. Constat du décès

Le décès est constaté par un médecin¹³⁵, qui établit un certificat de décès.

La déclaration de décès en mairie de Montéleger ou de Montélimar doit être faite dans les 24h.

Conformément à l'article 80 du Code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial.

2.2. Notification du décès :

- pour la famille ou les proches qui doivent être prévenus, dès que possible et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

-pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France : au consulat le plus proche ;

-pour les militaires : à l'autorité compétente ;

-pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide sociale à l'enfance : au Directeur de ce service ;

-pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur.

2.3. Indices de mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code civil.

2.4. Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lors du décès médicalement constaté, les infirmiers du service procèdent à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions convenables et dressent l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs... qu'il possédait, en liaison avec le cadre de l'unité. Pour les démarches suivantes à accomplir (transport corps...), se référer à la procédure qualité correspondante¹³⁶.

¹³⁴ OPC 24

¹³⁵ Article L.356 du CSP

¹³⁶ OPC 28

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.

Le statut des personnels hospitaliers non médicaux est défini par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le CTE a voté favorablement le manuel de la gestion du temps de travail qui décrit précisément les règles applicables en la matière au CH le Valmont. Ce document est consultable par tout professionnel de l'établissement auprès du cadre de proximité.

Le règlement intérieur précise certains aspects concernant le comportement et la discipline au quotidien de l'agent hospitalier :

CHAPITRE 1 . LES OBLIGATIONS

Section 1 – Les nécessités de service

Le Centre Hospitalier Le Valmont assure une mission de service public et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins et des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des personnes hospitalisées à tout moment. Chaque agent hospitalier se doit de participer à cette continuité.

Le personnel ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire si les nécessités de service l'imposent, dans le respect de la réglementation relative au temps de travail.

Section 2 - Assiduité au travail et ponctualité de l'agent

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et non médical, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier.

Les agents, quelle que soit leur fonction, sont tenus de se conformer aux horaires qui leur sont indiqués dans le planning ou le tableau de leur service, de manière à assurer la continuité du service public hospitalier.

En cas d'absence (et sauf cas de force majeure), l'agent qui est dans l'impossibilité de rejoindre son poste de travail à l'heure prévue, doit immédiatement en informer son supérieur hiérarchique et adresser les pièces justificatives, sous 48 heures, à la Direction de l'établissement.

Les absences sans motifs, les retards répétés, ne peuvent faire l'objet de régularisation a posteriori et constituent des fautes professionnelles.

Durant le temps de travail, l'agent qui doit s'absenter du service (par exemple pour des événements familiaux ou autres) sollicite une autorisation d'absence auprès de son responsable de service qui, si la nécessité du fonctionnement du service le permet, l'accorde et le signale à la Direction des Ressources Humaines. En l'absence d'une telle autorisation, l'agent peut être considéré en situation d'absence irrégulière.

Section 3 - Exécution des instructions reçues

Tout agent hospitalier, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et compromet gravement un intérêt public.

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

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Section 4 – Informations concernant les incidents

Tout agent ayant connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'un incident ou d'un dysfonctionnement de nature à compromettre la bonne exécution des missions du service public hospitalier, doit en informer sans délai son supérieur hiérarchique.

Dans le cadre de la politique de prévention des risques, tout évènement indésirable doit faire l'objet d'une déclaration conformément au protocole établi.

Les agents ont également la possibilité d'informer le Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail des incidents et accidents. Le CHSCT est réuni à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

Section 5 – Exercice professionnel et travail en bonne intelligence

Dans l'exercice de leurs fonctions quotidiennes et dans l'accomplissement de missions reposant sur la collaboration professionnelle, il est exigé de l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier qu'ils travaillent en bonne intelligence et dans une optique de coordination optimale de leurs activités, dans la seule considération des intérêts de la personne hospitalisée et du fonctionnement adéquat du service public hospitalier.

Section 6 – Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Chaque agent doit travailler à l'hôpital avec un souci d'économie et de soin constant. Il doit éviter tout gaspillage et doit veiller à faire bon usage et à conserver en bon état les locaux, matériels et objets de toute nature mis à sa disposition par le Centre Hospitalier.

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou de négligence caractérisée (perte de clés, badges, ...).

Il est rigoureusement interdit de prélever à des fins personnelles de la nourriture, des médicaments, des fournitures ou du matériel du service. Il s'agirait d'un vol passible d'une sanction pénale et disciplinaire.

Sections 7 – Service minimum

Le caractère du service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum. Le service minimum est destiné à assurer le fonctionnement des services ne pouvant être interrompus, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux personnes hospitalisées hospitalisés, et la conservation des installations et du matériel.

Pour satisfaire à l'obligation de service minimum, le Directeur a le droit d'assigner des agents jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement minimum du service.

Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation (cf. procédure grève).

Section 8 – Formation continue à la sécurité incendie

L'ensemble des personnels du Centre Hospitalier a l'obligation de suivre les formations à la sécurité incendie qui lui sont proposées et a l'obligation de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés régulièrement dans l'établissement.

Section 9 – Utilisation de l’outil informatique

Tout nouvel arrivant utilisateur de l’outil informatique devra se rapprocher du service informatique pour la création de son compte et la planification de sa formation sur la prise en main de son outil et sur ses accès.

Chaque agent est tenu de respecter les dispositions de la charte informatique qui décrit les droits et les devoirs de chaque agent dans l’utilisation de l’outil informatique.

Dans le cadre de ses fonctions, il est fait obligation à chaque agent du Centre Hospitalier Le Valmont d’utiliser l’outil informatique.

Section 10 - Permis de conduire

Tout agent amené à conduire un véhicule de l’établissement, doit obligatoirement fournir la copie de son permis de conduire à la Direction des Ressources Humaines et immédiatement informer son supérieur hiérarchique et la DRH de toute mesure de suspension ou d’annulation du permis de conduire dont il peut être l’objet.

Durant sa conduite d’un véhicule de service, toute contravention au code de la route relevant de la faute personnelle détachable du service, l’agent doit payer lui-même ses amendes et encourir sa sanction pénale ou son retrait de points du permis de conduire.

Section 11 – Responsabilité des biens et effets personnels

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute déprédation, toute perte d’argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l’établissement.

Section 12 – Secret professionnel et discrétion professionnelle

12.1. Secret professionnel

Tout agent est astreint au secret professionnel : il est interdit, à toute personne qui en est dépositaire, de dévoiler en dehors du service et de l’hôpital, toute information concernant le malade, sa vie privée, sa maladie, son traitement sous peine de sanctions administratives et pénales.

Le secret professionnel s’impose à toute personne exerçant dans l’établissement, qu’elle soit personnel permanent ou temporaire, où qu’elle soit en stage.

Cependant le Directeur ou son représentant peut délier l’agent de cette obligation au profit d’un juge d’instruction ou d’un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat, qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

12.2. Discrétion professionnelle

Les agents hospitaliers sont liés par l’obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l’exercice ou à l’occasion de l’exercice de leurs fonctions.

Ces dispositions s’appliquent notamment à l’égard des journalistes, photographes, agents d’assurance et démarcheurs.

Section 13 - Réseaux Sociaux

Si les réseaux sociaux existent depuis longtemps, Internet a permis leur multiplication. Si Facebook et Twitter sont les plus connus, il en existe beaucoup d’autres. Après avoir créé un profil d’utilisateur, les membres d’un réseau social sur un site Internet peuvent entrer en contact et partager différentes informations avec les autres utilisateurs. Les personnes avec lesquelles l’utilisateur partage son profil sont appelées « amis ». Toutefois, le mot est parfois un peu fort car ce ne sont, à vrai dire, que de simples contacts. Il faut donc être vigilant face aux informations qui sont partagées et faire attention à la confiance à développer face à cet outil. De plus, cette activité peut très vite devenir « chronophage ».

Le Centre Hospitalier du Valmont a mis en place des filtres permettant de bloquer l'accès aux différents réseaux sociaux. L'objectif est clair : il s'agit ici de respecter la confidentialité des données d'un établissement public de santé mais aussi de respecter la protection de la vie privée (atteinte au droit à l'image, diffamations etc...)

Ainsi, la position du CH Le Valmont reste ferme sur ce plan et rappelle à tout le personnel que, même dans le cadre de la sphère privée, le secret médical et le secret professionnel doivent être respectés. Les obligations de loyauté, réserve, neutralité et discrétion professionnelle incombant à tout le personnel sont de rigueur et il est important de ne pas y déroger, sous peine de sanctions disciplinaires et pénales.

Ces dispositions s'appliquent aussi aux intervenants, visiteurs et personnes hospitalisées.

Section 14 – Tenue et conduite correctes exigées

Dans l'exercice de ses fonctions, chaque agent doit faire preuve d'une conduite irréprochable et doit avoir une tenue adaptée et correcte dans l'habillement comme dans l'hygiène et le langage. Le port de bijoux, de piercings, d'extensions et de french manucure est interdit pour des raisons d'hygiène et de sécurité.

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

Les agents travaillant dans les services de soins, les services techniques et logistiques, sont confrontés à des contraintes d'hygiène hospitalière ou de sécurité qui sont prévenues en partie par le port d'une tenue de travail obligatoire fournie par l'établissement qui doit être portée strictement sans ajout non validé.

Section 15 – Tenue vestimentaire de travail

Le Centre hospitalier assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail à tous les agents concernés qui, en contrepartie, doivent les porter pendant qu'ils sont en service. Chaque agent est responsable de son trousseau et doit le restituer en fin de carrière. La tenue professionnelle permet d'identifier la qualification de certains professionnels :

- les infirmiers : tenue blanche
- aides-soignants : pantalon blanc, tunique blanche parements jaunes
- ASH : pantalon blanc, tunique verte, parements blancs.

Les tenues dégradées volontairement ne sont pas remplacées, ou le sont contre remboursement de l'agent.

S'agissant des chaussures, à l'exception de ceux bénéficiant de chaussures de sécurité mises à leur disposition, les agents des services concernés doivent utiliser une paire de chaussures sur leur lieu de travail, distincte de celle réservée à leur usage privé et présentant des garanties de prévention des chutes.

Le port des vêtements de travail est interdit dans la cafétéria du personnel et à l'extérieur du Centre Hospitalier lorsque le personnel n'est pas en service.

En dehors du temps de travail, les chaussures à usage professionnel doivent rester dans le vestiaire mis à leur disposition.

Avant l'envoi au blanchissage de la tenue, toutes les poches doivent être vidées pour éviter les accidents et l'endommagement des tenues.

Section 16 - Le comportement avec les personnes hospitalisées, résidents et les familles

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

Ils prennent toutes dispositions pour instaurer un climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers.

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance et en regard des règles professionnelles notamment celle relative au secret professionnel.

Le soulagement de la souffrance des personnes hospitalisées doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

La familiarité dégradante à l'égard des personnes hospitalisées est formellement proscrite.

Le respect des chartes de la personne hospitalisée et du résident doit être une priorité permanente.

Afin de se faire connaître des personnes hospitalisées et de leur famille, le personnel s'identifie sur sa fonction par le port de vêtements de travail spécifiques à son grade. Le grade est inscrit sur chaque vêtement de travail.

Cette disposition s'applique également aux membres bénévoles des associations intervenant dans l'établissement conformément au présent règlement intérieur.

Devoir de considération :

L'ensemble des personnels de l'établissement doit une égale considération aux personnes hospitalisées, ou résidents ainsi qu'à leurs proches, ce indifféremment de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une religion déterminée ...

Devoir de respect de la liberté de conscience et d'opinion :

En chaque personne hospitalisée sera respectée la personne libre de ses opinions.

Aucune propagande ne doit être exercée auprès des personnes hospitalisées, résidents ou de leur famille ni auprès du personnel dans l'établissement.

Dès lors qu'il constitue un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, le port par les agents de signes d'appartenance religieuse, politique ou idéologique, quelle qu'en soit la nature, n'est pas toléré au sein de l'établissement.

Préservation de la neutralité et du climat de sérénité à l'hôpital :

Les personnels doivent s'abstenir de tout propos, toute discussion ou tout comportement excessif ou déplacé, susceptibles d'importuner, choquer ou inquiéter les personnes hospitalisées et les visiteurs. En cas de conflits entre agents de l'établissement, il ne doit rien en paraître devant les personnes hospitalisées et leur prise en charge ne doit pas en être affectée.

Respect de la dignité et de l'intimité du personne hospitalisée ou résident :

Les personnels doivent respecter la dignité de la personne malade. Le médecin ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne hospitalisée.

L'intimité du personne hospitalisée doit être respectée.

Lutte contre le bruit :

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit dans les services de soins.

Dépôt d'argent, valeurs ou objets confiés par les personnes hospitalisées :

Aucun agent de l'établissement ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des personnes hospitalisées. Ces dépôts doivent être versés, sans délai, à l'agent habilité à les conserver par le Directeur. Il en est de même pour tout objet ou valeur trouvé ou découvert au sein de l'établissement. L'établissement n'est responsable que des biens, valeurs qui lui ont été dûment confiés.

Section 17 - Obligations diverses

- signaler à la direction des ressources humaines les modifications d'adresse, de numéro de téléphone¹³⁷, d'état civil et de situation de famille, pour la mise à jour des dossiers administratifs. La mise en œuvre du Plan Blanc oblige l'établissement à organiser un recueil exhaustif des coordonnées téléphoniques de tous les agents en les conservant dans un dossier confidentiel.
- répondre à toute convocation de l'administration, de la médecine du travail, ou de médecins experts,
- suivre "la charte de bonne conduite à l'égard du tabac" affichée dans l'établissement,
- emprunter exclusivement les emplacements de parking prévus pour le stationnement des véhicules et respecter les règles de circulation.
- les agents doivent porter à la connaissance du responsable du service les doléances exprimées par les personnes hospitalisées, résidents ou leur famille,
- le personnel doit signaler à son supérieur hiérarchique tous les comportements délictueux commis par les personnes hospitalisées, résidents ou personnels, en application des codes civil et pénal,
- les professionnels qui ont connaissance d'un effet indésirable, grave ou inattendu, sont tenus de le signaler immédiatement à leur supérieur hiérarchique et de remplir une fiche d'événements indésirables conformément au protocole établi (cf. section 4).

CHAPITRE 2. LES INTERDICTIONS

Section 1 – Les interdictions particulières

1.1. Interdiction de recevoir des pourboires

Il est interdit à tout agent de recevoir un pourboire ou une rémunération de la part des personnes hospitalisées ou hébergées, de visiteurs ou d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par l'établissement,

1.2. Interdiction de consommer des boissons alcoolisées ou des substances illicites

Dans l'enceinte de l'établissement, les personnels ne doivent ni introduire ni consommer de boissons alcoolisées ou de substances illicites, ou se trouver sous leurs effets.

Des dépistages peuvent être pratiqués dans l'établissement s'ils sont justifiés par la nature du travail et les conséquences possibles de leur état sur les personnes et les biens.
L'agent peut les contester en inversant la charge de la preuve sur son état.

1.3. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Dans l'enceinte de l'établissement et sauf cas prévus par la loi, les agents de l'établissement, qu'ils soient titulaires ou stagiaires ou contractuels, à temps plein ou à temps partiel, ne sont pas autorisés à exercer, concomitamment à leur activité publique au sein du Centre Hospitalier Le Valmont, une activité professionnelle lucrative.

La Direction des Ressources Humaines informera les agents sur les dérogations possibles.

1.4. Interdiction des réunions publiques

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

1.5. Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires, photographes

¹³⁷Annexe à la circulaire DH0S/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 : guide plan blanc et gestion de crise (mise à jour annuelle du répertoire téléphonique par la DRH).

Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent sans autorisation écrite du Directeur (ou sans être accompagnés par un responsable) dans les services et chambres dans l'intention d'y exercer leur activité doivent être immédiatement exclus.

Aucune photo de malades ou de locaux ne peut être prise par des personnes extérieures à l'établissement sans le consentement des personnes concernées ou de leurs représentants et l'autorisation de la Direction.

Section 2 - Interdictions diverses

Il est interdit :

- de détenir à quelque titre ou intention que ce soit des objets ou valeurs provenant des personnes hospitalisées ou résidents,
- d'utiliser son poste informatique en contradiction avec la charte signée,
- d'utiliser pour des besoins personnels le téléphone du service,
- de se faire appeler de l'extérieur sauf motif grave,
- de recevoir des visites personnelles sur les lieux de travail, sauf motif exceptionnel
- d'exercer une activité privée lucrative dans le cadre du cumul d'emploi sans en avoir fait expressément la demande à la Direction. Des dérogations peuvent être accordées.

CHAPITRE 3 – LES DROITS DES AGENTS

Section 1 – Accueil et intégration des nouveaux agents

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 et au mode de fonctionnement de l'établissement. Un badge lui est remis pour l'enregistrement des horaires de travail et l'accès à l'établissement.

Il doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement.

A cet effet, la prise de connaissance du présent règlement intérieur lui être proposée et facilitée, de même que lui est remis le livret d'accueil du personnel.

Par ailleurs une journée d'information est organisée de façon périodique à l'attention des nouveaux agents.

Dans le service où il est affecté, tout agent arrivant est en droit d'attendre de la part du responsable de service et de ses nouveaux collègues un accueil ouvert et informatif. Le service s'organise de manière à lui garantir les conditions d'une intégration effective et réussie.

Section 2 – Généralités sur les droits statutaires et du travail

Liberté d'opinion et non discrimination :

La liberté d'opinion est garantie aux agents.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents, fonctionnaires ou non, 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 sexe, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, etc...

Protection juridique :

Les fonctionnaires hospitaliers bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection juridique dans le cas où ils feraient l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

Le Centre Hospitalier protège les fonctionnaires hospitaliers contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions et assure une prise en charge psychologique aux agents agressés.

Application des droits statutaires :

Les agents de l'établissement bénéficient des droits qui leurs sont reconnus, le cas échéant, par les dispositions statutaires relatives aux fonctionnaires hospitaliers et, dans tous les cas, par le code du Travail.

L'établissement garantit le respect de ces droits, dans toute la mesure de leur conciliation avec les obligations et missions du service public hospitalier.

Un guide de la gestion du temps de travail est à la disposition du personnel.

Droit d'accès au dossier individuel :

Tout agent a un droit d'accès à son dossier individuel, en respectant la procédure fixée par la Direction des Ressources Humaines.

Droit de retrait et notion de danger grave et imminent :

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail, dès lors qu'il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé.

Le droit de retrait permet alors au membre du personnel concerné de n'encourir aucune sanction ni aucune retenue de traitement.

Le cas échéant, le retrait doit s'effectuer de telle manière qu'il ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent.

Le salarié doit immédiatement signaler au directeur ou à son représentant toute 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 ainsi que toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

Le directeur ou son représentant informe le Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le directeur ou son représentant ne peut demander au salarié de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant par exemple d'une défectuosité du système de protection. Il doit, lorsque la nécessité l'impose, prendre les mesures adéquates et donner les instructions nécessaires pour permettre aux travailleurs, en cas de danger grave, imminent et inévitable, d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail.

Maladie professionnelle et accident de service ou de trajet :

La déclaration d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle doit être faite dans les 48 heures suivant les faits ou la connaissance des faits, pour assurer à l'agent une prise en charge par l'employeur des traitements liés aux éventuelles absences et des frais médicaux éventuels, dans le cadre de la réglementation en vigueur (Cf procédure GRH 11¹³⁸)

Section 3 – Exercice du droit syndical et de grève

3.1. Exercice du droit syndical :

C'est un droit constitutionnel reconnu à l'ensemble des agents.

L'exercice du droit syndical est garanti aux agents du Centre Hospitalier où des locaux sont dédiés aux organisations syndicales représentatives du personnel. Les syndicats assurent la défense de leurs intérêts collectifs et individuels.

Toute action à l'initiative d'une organisation syndicale exercée dans les conditions légales et reconnue dès lors qu'elle intervient dans le cadre de la défense des intérêts professionnels des personnels de l'établissement ou dans le cadre de la défense des intérêts collectifs de l'établissement. Les syndicats participent à un certain nombre d'instances où ils représentent le personnel, comme par exemple : Conseil de Surveillance, Comité Technique d'Etablissement, Comité Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.

Les activités syndicales du personnel doivent se dérouler hors de la présence des personnes hospitalisées et dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions à l'intérieur de l'établissement. Les personnels qui y assistent ne sont pas en service ; ils disposent d'une décharge

¹³⁸ Procédure GRH 11 relative aux accidents de service ou accidents de travail

ou y assistent dans le cadre de l'heure mensuelle d'information syndicale à laquelle ils ont droit, sous réserve des nécessités de service.

L'affichage des informations syndicales s'effectue sur des panneaux prévus à cet effet.

Chaque agent a le droit de s'adresser à l'organisation syndicale de son choix et l'appartenance ou non à un syndicat ne peut avoir aucune conséquence sur la carrière d'un agent.

3.2. Droit de grève :

Les agents du Centre Hospitalier bénéficient du droit de grève, dans les conditions prévues par la loi, dans la mesure où l'exercice de la grève ne compromet pas la continuité du service public hospitalier. Les personnels sont tenus de se conformer, comme indiqué dans la section 8 du chapitre 1er du présent règlement, à l'assignation éventuelle prononcée par le Directeur de l'établissement pour assurer un service minimum.

Section 4 – Gestion des Carrières

4.1. Grade et rémunération :

Le grade est distinct de l'emploi. Le grade est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent.

Les fonctionnaires ont droit, après service fait, à une rémunération comprenant le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les indemnités éventuelles instituées par un texte législatif ou réglementaire.

Le montant du traitement est fixé en fonction du grade de l'agent et de l'échelon auquel il est parvenu. Les fonctionnaires sont affiliés à des régimes spéciaux de retraite et de sécurité sociale.

4.2. Droits à congés et autorisations d'absence :

Les droits à congés figurent dans le guide du temps de travail.

4.3. Formation :

Le droit à la formation permanente est reconnu aux fonctionnaires. Ils peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers (voir règlement intérieur sur la formation professionnelle tout au long de la vie).

4.4. Conditions d'hygiène et de sécurité :

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

4.5. Évaluation :

Selon la procédure mise en place, chaque agent a droit à une évaluation et notation annuelle. Le pouvoir de fixer les notes et appréciations générales exprimant la valeur professionnelle des fonctionnaires est exercé par le directeur, après avis du ou des supérieurs hiérarchiques directs.

4.6. Avancements :

L'avancement des fonctionnaires comprend l'avancement d'échelon et l'avancement de grade qui sont soumis à l'avis de la commission administrative paritaire.

4.7. Planning :

Chaque agent doit avoir la connaissance du tableau de service au moins 15 jours à l'avance. Le tableau de service est établi par le responsable de service à partir d'une trame validée par la direction des ressources humaines et soumis réglementairement au comité technique d'établissement.

Toutes les rectifications nécessaires sont portées à la connaissance des personnes intéressées 48 heures à l'avance, sauf cas de force majeure, notamment, absence inopinée d'un agent à remplacer.

4.8. Guide de la gestion du temps de travail :

Il est consultable par tous les agents.

Section 5 - Services à la disposition du personnel

5.1. Restauration sur place :

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place à la cafétéria du personnel où ils doivent se rendre, après avoir quitté leur tenue de travail, conformément aux horaires d'ouverture et au guide de la gestion du temps.

5.2. 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.

5.3. Comité de gestion des œuvres sociales :

Un correspondant du CGOS est à la disposition des agents à la Direction des Ressources Humaines de l'établissement. Un guide des prestations et actions du CGOS est édité chaque année et mis à la disposition de chaque agent. (cf. site internet : www.cgos.info).

5.4. Service de Santé au travail :

Un service de santé au travail chargé des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail) est organisé au Centre Hospitalier.

5.5. Soins gratuits :

L'hospitalisation d'un fonctionnaire en activité est prise en charge par l'établissement employeur dans le cadre de la loi.

Les soins et produits pharmaceutiques sont pris en charge gratuitement, par l'établissement employeur lorsqu'ils sont prescrits par un personnel médical de l'établissement, déduction faite, le cas échéant, de la subrogation des droits du fait de l'affiliation du fonctionnaire à un régime de sécurité sociale et selon les disponibilités du livret thérapeutique.

Section 6 – Protection contre le harcèlement

Le directeur prend toutes les dispositions nécessaires en vue de s'assurer qu'aucun salarié, candidat à un recrutement, à un stage ou à une période de formation en entreprise ne puisse être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire directe ou indirecte pour avoir subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne.

De même, le directeur prend toutes les dispositions nécessaires en vue de s'assurer qu'aucun salarié, ayant témoigné de tels agissements ou les ayant relatés, ne puisse être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire.

Tout salarié ayant procédé à de tels agissements est passible d'une sanction disciplinaire. (Article 6-quinquiès de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires).

CHAPITRE 4 - LE POUVOIR DISCIPLINAIRE

Le pouvoir disciplinaire appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination, en l'occurrence le directeur de l'établissement.

Toute faute commise par un fonctionnaire ou agent de droit public ou privé dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale.

La faute correspond à tout manquement du fonctionnaire ou agent à l'une de ses obligations telles qu'elles sont définies notamment par les statuts des personnels, les règles d'exercice professionnel, le règlement intérieur de l'établissement, les notes de service de la Direction.

Les responsables hiérarchiques ont l'obligation d'informer la Direction de tout acte susceptible de constituer une faute professionnelle. Le Directeur apprécie la suite à donner à cette information.

Le fonctionnaire ou agent à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée a droit à la communication de l'intégralité de son dossier individuel et à l'assistance de défenseurs de son choix. L'administration doit informer le fonctionnaire de son droit à communication du dossier.

Pour le fonctionnaire, aucune sanction autre que l'avertissement et le blâme ne peut être prononcée sans consultation préalable d'un organisme siégeant en conseil de discipline dans lequel le personnel est représenté.

L'avis de cet organisme de même que la décision prononçant une sanction disciplinaire, doivent être motivés.

TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU SYSTÈME D'INFORMATION.

CHAPITRE 1 – SYSTÈME D'INFORMATION

Section 1 – L'aspect réglementaire

1.1. La CNIL

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est une institution indépendante chargée de veiller au respect de l'identité humaine, de la vie privée et des libertés dans un monde numérique.

Elle exerce ses cinq missions conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004 :

- informer
- garantir le droit d'accès
- contrôler
- régler
- recenser les fichiers.

Concernant cette dernière mission, tout nouveau fichier nominatif créé dans le cadre professionnel doit être signalé au service informatique pour une déclaration auprès de la CNIL.

1.2. Droit d'accès aux fichiers¹³⁹

Toute personne a le droit d'interroger le service responsable d'un fichier pour savoir s'il détient des informations sur elle et, si tel est le cas, de se voir communiquer celles-ci et d'en obtenir une copie. La personne a également le droit d'être informée des finalités du fichier.

Modalités d'accès :

En principe, les personnes sont informées par le service responsable du droit d'accès, au moment de la collecte des informations (DRH, médecine du travail...). A défaut, elles doivent s'adresser à la Direction Générale.

1.3. La charte informatique (annexe 3)

Conformément aux recommandations de la CNIL, le CH Le Valmont a mis en place une charte de bon usage des technologies de l'information. Elle a pour objet de préciser les droits et devoirs des utilisateurs et de l'administration, en accord avec la législation afin de garantir un usage correct des ressources informatiques et des services Internet. Elle rappelle les sanctions encourues par les éventuels contrevenants.

Cette charte est un élément du règlement intérieur de l'établissement, ce qui lui donne un caractère impératif.

Tout agent utilisateur de l'outil informatique signe implicitement l'acceptation des termes de la présente charte.

¹³⁹ Art 39, 41 et 42 dans le cadre de la loi Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978

La charte informatique est en ligne dans les procédures qualité GSI (gsi 08 08)

Le service informatique informe à chaque formation informatique initiale et individuelle de l'existence de cette charte.

Enfin, chaque agent détenteur d'un email est informé par ce canal de l'existence de cette charte.

Rappel de quelques règles de bon usage du système d'information :

- Limiter les accès informatiques nominatifs aux activités professionnelles
- définies dans le cadre de la mission de l'utilisateur

- Être responsable de l'usage qui est fait de son compte

- Garder son mot de passe personnel confidentiel et ne pas le divulguer à autrui

- Rester professionnel sur la communication des informations confidentielles concernant l'établissement ou les personnes qu'il accueille

- Utiliser uniquement les logiciels validés par le service informatique

- Enregistrer ses documents dans le répertoire « mes documents » pour une sauvegarde quotidienne

- Surfer sur Internet de manière professionnelle

Cette liste n'est pas exhaustive La charte est accessible dans les procédures en ligne et chaque utilisateur doit en avoir pris connaissance avant l'utilisation du système d'information.

Section 2 – Les règles de fonctionnement

2.1. Prérogatives et obligations des administrateurs réseaux

Une maîtrise de la sécurité de fonctionnement des systèmes d'information et une garantie de la conformité des transactions opérées nécessitent un contrôle s'appuyant nécessairement sur l'enregistrement systématique et temporaire d'un certain nombre d'informations caractérisant chaque transaction, appelées traces.

Prérogatives : les administrateurs réseaux ont accès à l'ensemble des données y compris celles qui sont sur le disque dur du poste de travail pour pouvoir travailler efficacement. L'utilisation de logiciels de télémaintenance peut être utilisée pour une prise de contrôle à distance des postes de travail en cas de dépannage, démonstration...

Obligations : l'accès aux données enregistrées par les employés (dont les correspondances personnelles) ne peut être justifié que dans le cas d'un dysfonctionnement important. Les administrateurs ont une obligation de confidentialité.

2.2. Outils de supervision

Conformément à l'article L. 121-8 du Code du travail, l'agent est informé du dispositif mis en place pour le contrôle de l'usage d'Internet.

Le CHS Le Valmont a mis en place un outil de supervision des accès aux sites Internet par utilisateur (site, date, durée...) ¹⁴⁰.

La finalité de cet outil est essentiellement la création d'indicateurs d'activité pour notre établissement et un retour d'informations collectives. Cependant, à la demande de la Direction, une extraction nominative des accès internet peut être réalisée.

En cas de non respect des règles du règlement intérieur ou de la charte informatique, l'agent se met en faute et est passible d'une sanction disciplinaire après un premier appel des services informatiques.

¹⁴⁰ Décret n° 2006-358 du 24 mars 2006

La durée de conservation des informations est mensuelle¹⁴¹.

2.3. Accès aux données informatiques en cas d'absence d'un employé

L'obligation de loyauté impose à l'employé absent de son poste de travail en raison d'un congé ou tout autre motif à communiquer ou à laisser libre accès à l'employeur qui en fait la demande tout document nécessaire à la poursuite de l'activité de l'établissement.

Il importe notamment qu'un tel accès ne puisse avoir lieu que dans le cas où il s'avère nécessaire à la poursuite de l'activité de l'établissement. Dans ce cas l'employé concerné sera informé de cet accès réalisé en son absence.

Enfin, compte tenu des termes de l'arrêt de la Cour de cassation du 2 octobre 2001 reconnaissant à l'employé un droit au respect de sa vie privée au temps et lieu de travail, il importe également que cet accès soit réalisé dans des conditions propres à garantir ce droit, et notamment le respect du secret des correspondances électroniques.

2.4. Arrivée et départ d'un agent

Arrivée d'un agent :

L'établissement met à disposition des agents les moyens informatiques nécessaires à l'accomplissement de leur mission. L'administration des ressources informatiques est assurée par le service informatique.

Chaque nouvel arrivant au CH Le Valmont utilisateur de l'outil informatique doit avoir son login (nom utilisateur) et son mot de passe personnel et confidentiel. Pour cela, il doit prendre contact avec le service informatique.

Tout agent est tenu de prendre soin du matériel qui lui est confié, en vue de l'exécution de son travail et ne doit pas en détourner l'usage à des fins personnelles.

Les droits informatiques sont donnés en fonction du profil utilisateur. Les accès aux applications métiers sont déterminés de manière identique.

Le service informatique propose au nouvel agent une formation sur les matériels et sur les informations mises à disposition des utilisateurs. Il lui rappelle aussi l'existence de la charte informatique et son obligation d'en respecter les règles.

Une hot line est à disposition des utilisateurs pour tout problème informatique rencontré.

Toute demande spécifique d'un agent doit passer par la voie hiérarchique. Le service informatique analyse la demande et peut y répondre en fonction de l'opportunité et des contraintes existantes.

Départ d'un agent :

L'agent partant de l'établissement doit supprimer avant son départ toutes ses informations personnelles du système d'information mais en aucun cas les informations professionnelles partagées. Toutes les données personnelles restantes après son départ (email, documents, fichiers...) seront considérées comme professionnelles et donc accessibles au service.

L'agent partant peut prévenir ses correspondants de la prochaine fermeture de son compte de courriel jusqu'à trois mois après son départ par une règle de réponse automatique. Son compte sera supprimé après ces trois mois.

¹⁴¹ Décret n° 2011-219 du 25/02/2011 paru au JO du 1^{er} mars 2011.

TITRE V – QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

CHAPITRE 1 – ORGANISATION GÉNÉRALE

Section 1 - La démarche qualité

Dans un souci d'amélioration continue de la sécurité, de l'accueil, des soins et des prestations offertes aux personnes hospitalisées et aux résidents, le Centre Hospitalier « Le Valmont » est engagé dans une démarche Qualité depuis 1995.

Après son accréditation en 2003, l'établissement a obtenu le prix Qualité France en 2004, il a été certifié V2 en 2007 puis V2010 en décembre 2010. Suite à la visite de certification, des axes de travail et des actions d'amélioration ont été pris en compte afin de poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement.

L'établissement dispose d'une Unité, l'UCOVIRIS¹⁴², dirigé par un Directeur qualité.

C'est la politique qualité qui définit les missions et les objectifs à atteindre. Afin de répondre aux exigences de la Haute Autorité de Santé, des groupes qualités sont en place depuis 2001 et continuent d'évoluer. Les actions de ces groupes sont inscrites dans le Plan d'Amélioration de la Qualité révisé chaque année en Comité de Pilotage Qualité et Risques (COPIL Qualité/Risques)

Le COPIL Qualité et Risques se réunit une fois par mois. Il est composé d'un représentant de chaque direction fonctionnelle, de l'assistante qualité et gestion des risques, de l'hygiéniste, des médecins chefs de service, du président de la CME, du pharmacien, de deux représentants de la CSIRMT, d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre de santé, des représentants des syndicats et du représentant des usagers.

Parmi ses missions,

- il pilote la démarche d'amélioration continue de la Qualité et de la gestion des risques (orientations, suivis, évaluations),
- il valide le scoring des auto-évaluations V2010,
- il définit les programmes d'actions à partir d'un plan d'amélioration qualité proposé par les groupes de travail,
- il suit l'état d'avancement des programmes d'actions qualité (relance, soutien, propositions de solutions face aux problèmes soulevés),
- il s'assure de la conformité des actions et valide les procédures et protocoles avant leur diffusion.

De plus, un tableau de bords des indicateurs qualité est établi chaque année. En 2010, l'établissement a participé à la généralisation des indicateurs relatifs aux dossiers personnes hospitalisées.

Le recueil de ces indicateurs est rendu obligatoire et les résultats sont soumis à une diffusion publique¹⁴³.

1.1. Les outils de gestion documentaire :

La gestion documentaire de l'établissement est assurée par le service Qualité.

Son informatisation permet de gérer l'élaboration, la révision, la validation et la diffusion des procédures et protocoles à l'ensemble des professionnels de santé grâce à une validation à chaque étape du process.

¹⁴² UCOVIRIS : Unité de COordination des Vigilances et des RISques Sanitaires

¹⁴³ Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

1.2. La démarche de certification

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandaté par la Haute Autorité de Santé (HAS) réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé.

Après son accréditation en 2003, l'établissement a obtenu le prix Qualité France en 2004, il a été certifié V2 en 2007 puis V2010 en décembre 2010.

Véritable outil de respect de la réglementation et de la mise en œuvre de progrès, la certification permet à l'établissement de s'auto-évaluer, de s'améliorer et de rendre compte de la qualité de son organisation aux usagers.

Section 2 - La démarche de gestion des risques

2.1. La démarche

Afin de garantir la sécurité des personnes et la qualité de ses activités, le Centre Hospitalier Le Valmont est engagé dans une démarche de gestion des risques à postériori et à priori.

L'UCOVIRIS assure cette fonction en lien avec les différents secteurs et services de soins.

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer le signalement des événements indésirables. Tout signalement est retourné à l'UCOVIRIS à l'aide d'un formulaire, pour traitement et enregistrement (traçabilité).

L'analyse des événements indésirables récurrents ou critiques est réalisée par le COVIRIS et des actions correctives sont mises en place.

Le COVIRIS établit des indicateurs de ces événements indésirables en fonction de leur fréquence et de leur gravité ; le COVIRIS rend compte de ces indicateurs à la Sous Commission Qualité et Sécurité des Soins (SCQSS) chaque trimestre.

2.2. Les outils de gestion des risques

En vue de remplir les objectifs fixés, les acteurs de la gestion des risques ont à leur disposition différents outils de travail, à savoir :

- Les fiches informatisées de signalement d'évènement indésirable intitulé Fiche d'amélioration de la qualité et de sécurité : Ces fiches permettent de signaler un grand nombre d'incidents/accidents ou de presque-accidents/accidents dans les domaines des risques iatrogènes, infectieux, professionnels, techniques, hôteliers, restauration et environnementaux. Suite à une analyse des retours de ces fiches, il est possible de procéder à une analyse à postériori de certains événements sentinelles et/ou significatifs (Retour d'expérience, analyses des causes...)

- Le document unique¹⁴⁴, outil qui s'inscrit dans la démarche de recensement et de prévention des risques professionnels de l'établissement et qui permet l'identification des risques potentiels encourus, l'évaluation et la hiérarchisation des situations à risques. Les résultats de ce document sont utilisés pour la réalisation d'un plan d'action de mesures préventives.

- Les résultats des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), d'audits, d'enquêtes dont le programme est établi annuellement et validé par le Comité de Pilotage Qualité et Risques.

- Une cartographie des risques associés aux soins, évalués par niveau de criticité qui fait l'objet de mesures correctives permanentes.

- Les indicateurs de gestion des risques : ils permettent d'évaluer l'efficacité de la gestion des risques, font l'objet d'un suivi en Sous commission Qualité et Sécurité des Soins et sont diffusés auprès des personnels.

Depuis 2005, l'établissement dispose d'un plan blanc¹⁴⁵ qui inclut en annexe la gestion de crise en cas de « pandémie grippale ». L'établissement dispose également de procédure de conduites à tenir en cas de déclenchement du plan « Bleu ou Canicule » et du plan « VIGIPIRATE ».

Ces procédures sont accessibles à tout le personnel.

¹⁴⁴ Décret n°2011-1016 du 5 novembre 2011

¹⁴⁵ Articles L3110-7 à L3110-10 et R3110-4 et R3110-10

Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 et plans nationaux canicule

Section 3 – Organisation de la qualité – gestion des risques

Le management « Qualité et Gestion des risques » est défini dans un organigramme et s'établit de la façon suivante :

- la Commission médicale de l'Établissement : La loi HPST relative aux personnes hospitalisées, à la santé et aux territoires modifie significativement le champ des responsabilités des commissions et conférences médicales des établissements de santé, en les centrant sur la qualité et la gestion des risques liés aux soins.

- le coordinateur des risques associés aux soins : il travaille en collaboration et avec les différents responsables de l'établissement (Directeur Qualité, responsables des vigilances, responsables de service).

Il élabore le programme de gestion des risques et le propose pour validation au COPIL Qualité et Risques et à la CME.

Le Coordinateur des risques associés aux soins travaille en collaboration avec la CME et le Directeur qualité – gestion des risques – hygiène

- Un Directeur Qualité et gestion des risques coordonne le COPIL Qualité et Risques et assure sa gestion en lien avec les autres instances de l'établissement.

- Un Comité de Pilotage Qualité- gestion des risques pluri professionnel (COPIL Q/R) : il a pour mission de mettre en œuvre la politique qualité et gestion des risques validée en CME, de valider les procédures et protocoles avant l'envoi aux instances concernées, de suivre l'état d'avancement des programmes d'actions qualité et de valider la coordination des groupes qualités.

- Les groupes qualités et groupes de réflexion : ils sont créés en fonction des projets, en lien avec le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité et avec les critères du manuel de certification. Pour chaque groupe, un coordonnateur est identifié et leur composition est définie.

Leurs travaux sont remontés et validés en COPIL Qualité et gestion des Risques puis communiqués aux différentes instances de l'établissement.

Section 4 – Démarche participative

Tout personnel de l'établissement a pour mission de participer à la démarche qualité – gestion des risques. Son implication peut se traduire à différents niveaux :

- La participation à des groupes de travail et de réflexion
- La participation à des évaluations
- Le signalement des événements indésirables (accidents, incidents, problèmes organisationnels...)
- Le signalement des mécontentements et plaintes des personnes hospitalisées et résidents
- L'actualisation des documents de qualité et de gestion des risques
- L'application des consignes et recommandations de la HAS
- La mise en œuvre des démarches RABC (Risk Analysis Bio Contamination Control) et HACCP (Hazard Analysis Critical control point).

Le service Qualité -Gestion des Risques – Hygiène, le coordinateur des risques associés aux soins se tiennent à l'écoute et à la disposition du personnel, des personnes hospitalisées et des résidents afin de recueillir le maximum d'informations permettant à l'établissement d'assurer des soins de qualité optimale et de garantir la sécurité de tous.

CHAPITRE 2 – SÉCURITÉ GÉNÉRALE

Section 1 - Obligations générales de sécurité

Le directeur du Centre Hospitalier prend toutes les dispositions nécessaires, en liaison avec les autorités compétentes, en vue d'assurer aux agents, durant leur travail, des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique. De même, il aménage les locaux de manière à garantir la sécurité des travailleurs^{146 147 148}.

Le Directeur est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des personnes hospitalisées, des résidents, de leurs accompagnants, des visiteurs ainsi que de tous les professionnels intervenants sur chaque site¹⁴⁹.

A cet effet, avec l'aide de ses adjoints, de la Direction des soins et de tous les acteurs compétents en matière de sécurité, et sur la base d'une évaluation des risques, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées.

Il informe régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

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

1.1. Finalités et portée des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le Centre Hospitalier assure à ses usagers. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leurs outils de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers et personnels¹⁵⁰.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital¹⁵¹, le Directeur édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes du droit.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du site hospitalier, toute personne y ayant pénétrée doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes hébergés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces

¹⁴⁶ Loi n°96-1093 du 16 décembre 1996 portant droits et obligations des fonctionnaires

¹⁴⁷ Article L233-1 du Code du travail – Article R4321-1

¹⁴⁸ Article L230-2 du Code du travail

¹⁴⁹ Circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004

¹⁵⁰ Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 – articles 46, 48, 49

Article 43 du décret du 17 avril 1943

Article L6143-7 modifié par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 et par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005

¹⁵¹ Article L6142-7

organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur de site, les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

1.2. Instruction en matière d'hygiène et de sécurité

Conformément aux instructions qui lui sont données par le Directeur, il incombe à chaque travailleur, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de prendre soin de sa sécurité du fait de ses actes ou de ses omissions au travail¹⁵².

Tous les professionnels sont donc tenus de respecter les procédures, protocoles, recommandations et consignes en termes d'hygiène et de sécurité.

1.3. Rétablissement de conditions de travail sûres

Le Directeur peut, en cas de nécessité, faire appel à tout agent de tout grade ou fonction en vue de rétablir les conditions de travail protectrices de la sécurité et de la santé des salariés dès lors que celles-ci apparaissent compromises ou dégradées.

Le cas échéant, le Directeur précise formellement et très clairement les modalités, ainsi que les conditions matérielles dans lesquelles les professionnels sont amenés à intervenir.

1.4. Mise à disposition et port des équipements de protection

Conformément à la réglementation¹⁵³, le Directeur met à disposition des salariés de l'établissement, les équipements de travail et de protection collective et individuelle nécessaires en vue de préserver leur santé et leur sécurité.

Il s'assure également que ceux-ci soient correctement formés à l'utilisation de ces équipements.

Le personnel est tenu de porter les équipements de protection (lunettes, gants, masques, chaussures...etc) correspondant à leurs activités, tel que spécifié dans les fiches de postes, protocoles ou procédures. En cas de non-respect de cette obligation, l'agent se met en faute et est passible d'une sanction disciplinaire après un premier rappel.

Le Directeur s'assure du respect de la réglementation concernant la protection du personnel contre les risques physico-chimiques et infectieux¹⁵⁴.

1.5. 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 ses compétences¹⁵⁵.

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

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence (tel que le plan blanc) ou de sécurité générale (tel que Vigipirate), le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

¹⁵² Article L230-3 du Code du Travail – Article R4122-1

¹⁵³ Articles R233-1 et suivants et R234-1 et suivants du Code du Travail – Article R4321-1

¹⁵⁴ Décret n°2003-1254 du 23 décembre 2003

¹⁵⁵ Article L4131-2 du Code du Travail

Section 2 – Les différents Plans

2.1. Plan blanc¹⁶³

Le Centre Hospitalier dispose d'un plan blanc. Dans ce cadre, le Directeur assure notamment la sensibilisation de l'ensemble des personnels à la prévention et à la gestion de crise, la mise en place d'une organisation de gestion de crise, la mise en œuvre des formations adaptées.

La gestion des risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC) tient compte de l'implantation géographique de l'établissement de santé et des risques émergents.

Le plan blanc est régulièrement testé dans le cadre d'exercices périodiques.

Le plan blanc de l'établissement de santé s'intègre dans le plan blanc élargi qui a vocation à construire, au niveau du département, une coordination de l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

2.2. Plan canicule

Pour lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule, le centre Hospitalier dispose dans les services de soins, d'hébergement de personnes âgées et/ou Handicapées, de pièces rafraîchies¹⁵⁶.

2.3. Plan de pandémie

Le Centre Hospitalier a prévu une organisation de soins en situation de pandémie¹⁵⁷. (annexée à la procédure de conduite à tenir en cas de déclenchement du plan blanc).

CHAPITRE 3 - HYGIÈNE – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

Section 1 - Hygiène et sécurité des personnels soignants

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

Les agents travaillant dans les services de soins, les services techniques et logistiques, sont confrontés à des contraintes d'hygiène hospitalière ou de sécurité prévenues en partie par le port d'une tenue de travail obligatoire fournie par l'établissement qui doit être portée strictement sans ajout non validé.

Tous les travailleurs dont les activités mettent en jeu des agents biologiques pathogènes dans l'établissement disposent de tenues de travail spécifiques, changées chaque jour. Cette tenue garantit une protection contre tout liquide biologique et les risques de contamination¹⁵⁸.

Le Centre Hospitalier assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail à tous les agents concernés qui, en contrepartie, doivent les porter pendant qu'ils sont en service.

Les tenues dégradées volontairement ne sont pas remplacées, ou le sont contre remboursement de l'agent.

S'agissant des chaussures, à l'exception de ceux bénéficiant de chaussures de sécurité mises à leur disposition, les agents des services concernés doivent utiliser une paire de chaussures sur leur lieu de travail, distinctes de celle réservée à leur usage privé et présentant des garanties de prévention des chutes.

En dehors du temps de travail, des chaussures à usage professionnel doivent rester dans le vestiaire mis à leur disposition.

¹⁵⁶ Circulaire inter ministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/DSC/DGT/DUS/UAR mise à jour chaque année

¹⁵⁷ Annexe à la circulaire n°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale

¹⁵⁸ Décret n°94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le Code du Travail articles R231-62-2 et 62-3, article R231-63

Avant l'envoi au blanchissage de la tenue, toutes les poches doivent être vidées pour éviter les accidents et l'endommagement des tenues conformément au protocole en vigueur.

Les badges d'identification permettant l'entrée des bâtiments et l'accès au self du personnel sont fournis par l'établissement à chaque agent qui en est responsable. En cas de perte, il sera remplacé moyennant facturation.

Du matériel sécurisé est proposé aux soignants afin de limiter les accidents exposant au sang (AES) et tout type de contamination par contact direct.

L'utilisation, le respect des protocoles d'hygiène et des procédures de soins garantissent la prise en charge des personnes hospitalisées en toute sécurité. Un ensemble de documents qualité informatisés est mis à disposition des professionnels.

Les professionnels sont formés à la prévention et à la gestion des risques infectieux rencontrés. L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) de l'établissement est à l'écoute de tous les besoins spécifiques relatifs à la gestion du risque infectieux.

Section 2 - Hygiène et salubrité des bâtiments

Le Directeur s'assure que les sites et les locaux sont tenus dans un état constant de propreté via l'application des mesures préconisées par l'EOHH et présentent les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel^{159 160} et des usagers.

Dans ce cadre, il est rappelé qu'il est strictement interdit d'y fumer.

Le Directeur s'assure que les locaux sont ventilés conformément à la réglementation relative à l'aération des locaux de travail¹⁶¹.

De même, les bâtiments et les équipements de l'établissement sont soumis aux normes de la réglementation en vigueur¹⁶².

CHAPITRE 4 - SÉCURITÉ INCENDIE ET RISQUES TECHNIQUES - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

Section 1 – Sécurité incendie

Les différents sites sont assujettis aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public¹⁶³. Les dispositions législatives relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement¹⁶⁴ sont appliquées à certaines de ces installations (dépôt de liquide inflammable, de produits radioactifs, etc...)

Il est tenu un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité incendie.

Ce registre de sécurité classé aux Services techniques est présenté à la Commission de Sécurité lors de ses passages au sein du site.

Une formation « sécurité incendie » est assurée auprès du personnel, tous les deux ans, par le service de sécurité.

Une simulation au déclenchement de l'alarme incendie est effectuée périodiquement par le service de sécurité accompagné d'une personne d'un autre service de l'établissement.

¹⁵⁹ Article R231-1 du Code du Travail

¹⁶⁰ Décret n°85-924 du 30 août 1985 sur les EPLE - Article 7-2-c

¹⁶¹ Décret n°84-1093 et n°84-1094 du 7 décembre 1984

¹⁶² Décret n°79-907 du 22 octobre 1979

¹⁶³ Arrêté du 25 juin 1980 ; Arrêté du 10 décembre 2004 (type « U »)

¹⁶⁴ Loi n° 76-663 du 19 juillet 1976

Section 2 – Risques techniques

2.1. Risques électriques

Le Centre Hospitalier dispose conformément à la réglementation¹⁶⁵ de dispositifs de secours électriques lui permettant de garantir une alimentation électrique en cas de défaillance du réseau électrique extérieur.

Le directeur s'assure de la vérification régulière de leur fonctionnement conformément à la réglementation.

2.2. Sécurité des fluides

* Eau chaude sanitaire¹⁶⁶

Pour prévenir le risque lié aux légionelles, des mesures sont mises en œuvre en lien avec le CLIN concernant :

- la conception et la maintenance des installations de distribution de l'eau
- les règles de nettoyage et de désinfection des installations de distribution de l'eau
- les modalités de surveillance de ces installations et les actions préconisées
- les modalités de prélèvement pour la recherche de legionella
- le signalement et la notification des legionella.

2.3. Interdiction de fumer

Le Centre hospitalier est un lieu public et conformément aux dispositions du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, l'interdiction de fumer est totale avec quelques dérogations (chapitre 2 titre 2 section 12 du règlement intérieur) dans l'ensemble des bâtiments de l'établissement.

2.4. Continuité de service

La direction est garante de la continuité de service sur le plan technique par l'intermédiaire d'un personnel du service technique d'astreinte 24h/24h.

Cela doit permettre de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du site.

CHAPITRE 5 – INTERVENTION DES FOURNISSEURS ET DES PRESTATAIRES DU CH LE VALMONT

Le Centre Hospitalier Le Valmont, établissement public de santé mentale, peut dans le cadre des travaux d'installation, de maintenance, de réhabilitation ou de construction, dans ses bâtiments ou sur son enceinte, faire appel à des entreprises susceptibles d'intervenir sur le système d'information ou bien à l'intérieur des unités de soins, et à côtoyer des patients.

Il est de ce fait nécessaire que leurs techniciens s'engagent à respecter certaines règles afin de ne pas perturber le bon fonctionnement des services et la prise en charge des patients et du système d'information.

La charte d'intervention destinée aux prestataires a pour objet de préciser la responsabilité des entreprises qui interviennent pour le compte du CH Le Valmont, dans le cadre d'interventions techniques (travaux, installations...) ou toutes autres prestations effectuées dans le cadre de la

¹⁶⁵ Décret n°2007-1344 du 12 septembre 2007 - Arrêté du 5 juillet 1990 et arrêté du 3 octobre 1995 circulaire du 7 avril 2008 et instruction du 6 octobre 1998

¹⁶⁶ Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978
Circulaire du 11 juillet 2005 - Circulaire SD7A/SD5C-DHOS/E4 n°2002-243 du 22 avril 2002

maintenance et/ou de télémaintenance pour l'ensemble des services logistiques et techniques et informatiques de l'établissement.

Cette charte prestataire est un élément du règlement intérieur de l'établissement, ce qui lui donne un caractère impératif. Tout agent utilisateur intervenant au sein du CH Le Valmont signe implicitement l'acceptation des termes de la dite charte.

CHAPITRE 6 - CIRCULATION ET STATIONNEMENT DES AUTOMOBILES AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

Section 1 – circulation et stationnement

1.1. Nature de la voirie hospitalière

Les voies de desserte et les parcs de stationnement automobile situés dans l'enceinte hospitalière, ainsi que dans les structures extra hospitalières constituent des dépendances du domaine privé affecté à l'usage du public, du Centre hospitalier le Valmont.

Ouverts seulement aux professionnels de l'hôpital ou à des professionnels ayant à intervenir à l'hôpital, ils ne peuvent être regardés comme des voies d'accès à la circulation publique et au stationnement.

Dans les enceintes des différents sites du Centre Hospitalier, la circulation des véhicules est soumise au respect des règles du code de la route.

La vitesse maximum autorisée est de 20 km.

1.2. Réglementation de l'accès

Il existe un plan général de circulation et de stationnement.

Le directeur se réserve le droit de réglementer l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public, sa maintenance et sa protection, et la sécurité des personnes (Cf : titre 5 chap. 2 sect.5 du présent règlement intérieur).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter la vitesse, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules.

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

Les places réservées aux personnes handicapées ne doivent pas être détournées de l'usage prévu.

1.3. Signalisations et sanctions

Tous les automobilistes empruntant les voies de circulation sont tenus de se conformer aux règles du code de la route. Ceci implique le strict respect des signalisations et marquages au sol, des limitations de vitesse, ainsi que du présent règlement.

Il est à noter que :

- les facilités de circulation et de stationnement qui sont consenties ne constituent pas un droit et, sauf dans l'hypothèse d'une faute de l'hôpital, elles ne sauraient donc engager sa responsabilité, notamment en cas de vols ou dommages.

- une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait d'office des autorisations de circulation et de stationnement,

- un stationnement gênant peut, s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier, entraîner un déplacement d'office du véhicule,

- un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut conduire à des actions disciplinaires ou judiciaires à l'encontre du contrevenant.

Section 2 – Contrôle d'accès

2.1. Dispositions générales

L'accès aux différents sites hospitaliers est strictement réservé aux usagers de l'établissement, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs, ainsi qu'à toutes les personnes appelées à y intervenir dans le cadre de leur activité professionnelle.

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

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

2.2. Matériels de vidéo surveillance et de contrôle d'accès

Afin de sécuriser les accès à l'enceinte hospitalière, le directeur d'établissement a mis en place des matériels de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique¹⁶⁷.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades 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 Libertés¹⁶⁸.

L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéosurveillance doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application¹⁶⁹.

L'installation du matériel de vidéo surveillance du CH Le Valmont a reçu un accord de la Commission Départementale des Systèmes de vidéo surveillance le 20 juin 2007.

2.3. Accès du personnel - dispositions particulières

Le personnel est autorisé à accéder à l'établissement pendant les horaires habituels de travail - horaires de bureau ou postés selon l'activité exercée.

Pendant son temps de travail, le personnel est autorisé à se rendre dans tous les lieux requis par les nécessités de service.

De même le personnel est autorisé à circuler dans l'établissement en dehors des ses horaires de travail pour toutes les activités extra-professionnelles organisées par le Centre hospitalier.

2.4. Accès des entreprises extérieures - dispositions particulières

Lors d'intervention d'entreprises extérieures sur un des sites du Centre hospitalier le Valmont, le Directeur, ou son représentant, est tenu d'assurer la coordination générale des mesures de prévention.

Un plan de prévention doit être élaboré selon la réglementation en vigueur.

¹⁶⁷ Circulaire n°5553 du 14 septembre 2011 relative au cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéoprotection sur la voie publique et dans les lieux ou établissement ouvert au public pour mise en oeuvre

¹⁶⁸ Loi n°78.17 du 6 janvier 1978 sur l'informatique, les fichiers et les libertés ; délibération CNIL du 21 juin 1994 ; Code Pénal : Articles 226-16 à 226-20 ; circulaire DH/AF1 n°91.71 du 26.12.1991

¹⁶⁹ Loi n°95-73 du 21 janvier 1995 ; décret n°96-926 du 17 janvier 1996

CHAPITRE 7 - RAPPORTS AVEC L'AUTORITÉ JUDICIAIRE ET DE POLICE

Rapports avec l'autorité judiciaire¹⁷⁰

Le personnel hospitalier est soumis à l'obligation d'informer le Directeur de tout crime et délit constatés. Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance et l'avis en cas de mort violente ou suspecte.

Rapports avec les autorités de police ou de gendarmerie

Seul le directeur, ou son représentant, ont la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police ou de gendarmerie.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police ou de gendarmerie, l'autorité de police ou de gendarmerie appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties prévues par le cadre légal et réglementaire.

¹⁷⁰ Articles 40 et 74 du Code de Procédure Pénale et Article 81 du Code Civil

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé
CAPL : Commission Administrative Paritaire Locale
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CEE : Communauté Économique Européenne
CGOS : Comité de Gestion des Œuvres Sociales
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMU : Couverture Médicale Universelle
CNG : Centre National de Gestion
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDIMS : Comité du Médicament et des Dispositifs Médico-Stériles
COPS : Commission de la Permanence des Soins
COVIRIS : Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP : Code de Santé Publique
CTE : Comité Technique d'Établissement
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DIM : Département d'Information Médicale
DRH : Direction des Ressources Humaines
EOHH : Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (loi) : Hôpital, Personnes hospitalisées, Santé et Territoires
JLD : Juges des Libertés et de la Détention
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
PH : Praticien Hospitalier
SCQSS : Sous Commission de la Qualité et de la Sécurité des Soins
SDRE : Soins psychiatriques sur Demande d'un Représentant de l'État
SDT : Soins psychiatriques sur Demande d'un Tiers
UCOVIRIS : Unité de Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
USLD : Unité de Soins de Longue Durée



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

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



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 œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



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



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



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



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



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



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



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



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



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être 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 Internet :

www.sante.gouv.fr

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

CHARTRE DE L'INSTITUTION

- 1 - Être au service du patient**

- 2 - Promouvoir notre savoir-faire et l'image du Valmont**

- 3 - Développer un accueil unique adapté à la diversité des patients**

- 4 - Assurer la qualité, la continuité et l'évaluation des soins.**

- 5 - Répondre aux besoins et aux attentes de la collectivité en adaptant les structures.**

- 6 - Organiser et formaliser le travail en réseau.**

- 7 - Proposer des projets de secteurs innovants et complémentaires.**

- 8 - Dynamiser la communication entre tous les acteurs du Valmont.**

- 9 - Offrir au personnel de meilleures conditions de travail.**

- 10 - Doter le Valmont d'indicateurs de progrès.**