

# Règlement Intérieur



**GHT LES COLLINES DE NORMANDIE**

Centre hospitalier de Flers  
Centre hospitalier de Vire  
Centre hospitalier intercommunal des Andaines  
EHPAD de Carrouges

**Règlement intérieur du GHT Collines de Normandie**

<p><b>Rédaction :</b> CANIVENC CHLOE</p> <p><b>Document de référence :</b> Règlement intérieur du CHIC des Andaines Règlement intérieur du CH de Vire Règlement de fonctionnement du secteur des personnes âgées Textes législatifs et réglementaires Convention constitutive du GHT</p>	<p><b>Vérification :</b> TROUCHAUD DAVID COJEAN HELENE CHAUVEL SANDRINE BERTHE ANNE MORU CHLOE BISSON EMMANUEL BOUDOU EVE</p>	<p><b>Date de passage et/ou validation en instances :</b> CME : 24/03/2025 (Vire), 27/05/2025 (CHIC) CSE : 25/03/2025 (Vire), 03/06/2025 (CHIC), 05/06/2025 (Carrouges), 24/06/2025 (Flers) Cons. de surv. : 28/03/2025 (Vire), 04/04/2025 (CHIC), 29/04/2025 (Flers) Directoire : 01/04/2025 (Flers), 22/04/2025 (CHIC), 10/06/2025 (Vire) CA Carrouges</p> <p>CSIRMT : 13/05/2025 (Vire), 15/05/2025 (Flers) COSTRAT : 07/05/2025</p>
--	---	---

**Cycle de vie du document**

Version	Date d'application	Modifications/Révision
V1	01/07/2025	

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	5
SECTION 1 : GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE LES COLLINES DE NORMANDIE.....	5
SECTION 2 : ORGANISATION GÉNÉRALE – DIRECTION ET INSTANCES REPRÉSENTATIVES LOCALES.....	7
SOUS-SECTION 1 : La direction et les instances décisionnelles.....	7
SOUS-SECTION 2 : Les instances consultatives.....	10
SOUS-SECTION 3 : Les instances spécialisées.....	14
SOUS-SECTION 4 : Les instances spécifiques au secteur médico-social.....	17
SOUS-SECTION 5 : Les instances du GHT.....	19
SECTION 3 : L'ORGANISATION DES SOINS ET LE FONCTIONNEMENT MÉDICAL.....	22
SOUS-SECTION 1 : L'organisation et l'attribution des pôles d'activité.....	22
SOUS-SECTION 2 : L'organisation médicale.....	24
SOUS-SECTION 3 : Dispositions spécifiques à la pharmacie.....	27
SOUS-SECTION 4 : Les soins paramédicaux, médico-techniques et de rééducation.....	27
SECTION 4 : AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS.....	28
CHAPITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, À L'ADMISSION, AU SÉJOUR ET À LA SORTIE DU PATIENT.....	30
SECTION 1 : ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION DES PATIENTS.....	30
SOUS-SECTION 1 : Dispositions générales.....	30
SOUS-SECTION 2 : Accueil et admission en hospitalisation.....	31
SOUS-SECTION 3 : Accueil et admission en urgence.....	34
SOUS-SECTION 4 : Consultations (cas général).....	37
SOUS-SECTION 5 : Dispositions relatives aux mineurs.....	38
SOUS-SECTION 6 : Dispositions relatives aux femmes enceintes.....	40
SOUS-SECTION 7 : Dispositions relatives aux militaires.....	41
SOUS-SECTION 8 : Dispositions relatives aux majeurs protégés.....	42
SOUS-SECTION 9 : Dispositions relatives aux auditions de patients par la police.....	42
SOUS-SECTION 10 : Autres cas particuliers d'admission.....	43
SECTION 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS.....	43
SOUS-SECTION 1 : Accueil et admission.....	43
SOUS-SECTION 2 : Consentement aux soins.....	50
SOUS-SECTION 3 : Dispositions spécifiques à la fin de vie.....	52
SOUS-SECTION 4 : Qualité des soins.....	54
SOUS-SECTION 5 : Transfusions sanguines.....	54
SECTION 3 : CONDITIONS DE SÉJOUR DU PATIENT AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DU GHT COLLINES DE NORMANDIE.....	55
SOUS-SECTION 1 : Principes régissant le séjour.....	55
SOUS-SECTION 2 : Accès des personnes étrangères à l'hôpital.....	57
SOUS-SECTION 3 : Règles diverses.....	59
SECTION 4 : SORTIE DES PATIENTS.....	61

SECTION 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SÉJOUR.....	63
SECTION 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET AUX DECES.....	64
SOUS-SECTION 1 : Dispositions relatives aux naissances.....	64
SOUS-SECTION 2 : Dispositions relatives aux décès.....	65
CHAPITRE III : DISPOSITIONS PARTICULIERES AU SECTEUR D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES .....	73
PRÉAMBULE .....	73
SECTION 1 : ACTIVITÉ DU SECTEUR D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES .....	73
SECTION 2 : DISPOSITIONS CONCERNANT LES HABITANTS .....	74
SECTION 3 : CONDITIONS DE SEJOUR.....	76
SOUS-SECTION 1 : Garantie des droits des usagers .....	76
SOUS-SECTION 2 : Accompagnement des habitants.....	78
SECTION 4 : SORTIE DES HABITANTS .....	82
CHAPITRE IV : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU SECTEUR DE LA SANTE MENTALE .....	85
SECTION 1 : MODALITES D'HOSPITALISATION .....	85
SECTION 2 : SEJOUR.....	87
SOUS-SECTION 1 : L'accueil .....	87
SOUS-SECTION 2 : L'information du patient.....	87
SECTION 3 : SORTIE.....	88
CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	90
SECTION 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT .....	90
SECTION 2 : PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE .....	94
SECTION 3 : DROITS DU PERSONNEL.....	97
SOUS-SECTION 1 : Concertation au sein des pôles .....	97
SOUS-SECTION 2 : Droit d'expression directe et collective & droit syndical .....	98
SOUS-SECTION 3 : Autres droits généraux des fonctionnaires.....	98
CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ ET À L'HYGIENE.....	101
SECTION 1 : NATURE ET OPPOSABILITÉ DES REGLES DE SÉCURITÉ.....	101
SECTION 2 : SÉCURITÉ GÉNÉRALE.....	101
SECTION 3 : SÉCURITÉ DU FONCTIONNEMENT.....	104
SECTION 4 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT AUTOMOBILES .....	107
CHAPITRE VII : DISPOSITIONS DIVERSES.....	108
SECTION 1 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PLANS D'URGENCES SANITAIRES.....	108
SECTION 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTÉRIEUR.....	109

## CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### SECTION 1 : GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE LES COLLINES DE NORMANDIE

#### Article 1 - Statut juridique et présentation du GHT

Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

Sont établissements parties du GHT Collines de Normandie :

- Le centre hospitalier Jacques Monod de Flers, qui en est l'établissement support ;
- Le centre hospitalier de Vire ;
- Le centre hospitalier inter-communal (CHIC) des Andaines ;
- L'EHPAD de Carrouges.

Les hôpitaux publics membres du GHT sont porteurs d'un projet médical partagé (PMP) permettant de proposer une offre de soins graduée et de qualité dans les territoires en disposant de ressources médicales partagées volontaires mais également de renforcer l'efficacité du secteur hospitalier.

La convention constitutive du GHT prévoit la composition et les règles de fonctionnement de celui-ci.

Un règlement de fonctionnement spécifique précise les règles applicables dans les secteurs d'hébergement des personnes âgées.

#### Texte(s) de référence

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  
Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018  
CSP., art. L. 6132-1 et suivants

#### Article 2 – Le Centre hospitalier de Flers

Le CH Jacques Monod de Flers est un établissement public de santé régi par les dispositions du Code de la santé publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Son siège est situé à Flers. Il est composé de 2 sites implantés sur le territoire de la commune de Flers :

- L'Hôpital, situé rue Eugène Garnier : activité d'urgences, de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation (SMR) et plateau technique ;
- L'EHPAD Maubert, situé rue de Domfront.

Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) accueille des étudiants des promotions d'Infirmiers(ères) Diplômés(ées) d'Etat et d'Aides-Soignant(e)s (IFAS).

L'hôpital est en direction commune avec le Centre Hospitalier de Vire et le CHIC des Andaines depuis le 16 février 2019, date de prise d'effet de la convention. L'EHPAD de Carrouges a rejoint la direction commune au 1<sup>er</sup> juillet 2023 (avenant 1 à la convention).

#### Texte(s) de référence

CSP., art. L. 6141-1

### **Article 3 – Le Centre hospitalier de Vire**

Le CH de Vire est un établissement public de santé régi par les dispositions du Code de la santé publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est labellisé Hôpital de Proximité.

Il dispose de 3 EHPAD : Charles Canu, les Costils et Saint-Louis. 4 antennes d'hospitalisation à domicile (HAD) sont rattachées au CH de Vire : Vire, Flers, Mortain, Villedieu-les-Poêles.

Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) accueille des étudiants des promotions d'Infirmiers(ères) Diplômés(ées) d'Etat et d'Aides-Soignant(e)s (IFAS).

### **Article 4 – Le Centre Hospitalier Inter-Communal des Andaines**

Le CHIC des Andaines est un établissement public de santé régi par les dispositions du Code de la santé publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est labellisé Hôpital de Proximité.

Il est composé de 2 sites :

- Le site de La Ferté-Macé, rue Sœur Marie Boitier.
- Le site de Domfront, rue de la Gare.

2 EHPAD y sont rattachés ainsi qu'une résidence autonomie :

- EHPAD du Val Fleuri : site de Domfront
- EHPAD de la Ferté Macé, résidences de L'air du Temps et Les Charmilles
- Résidence Autonomie Val Vert : rue d'Alençon à La Ferté-Macé.

### **Article 5 – L'EHPAD de Carrouges**

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « La Maison des Aînés » se situe à Carrouges. Il a rejoint la direction commune en juillet 2023 et a adhéré au GHT le 01/01/2025.

L'EHPAD compte des lits au sein d'une Unité Alzheimer, d'une Unité de Vie pour Personnes Handicapées Vieillissantes, des places au Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et en accueil de jour.

### **Article 6 – Missions**

Les établissements sanitaires du GHT Collines de Normandie exercent des missions d'hôpital de proximité, mais également de recours pour le territoire. Ils ont pour missions :

- De fournir à la population des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, ainsi que les examens diagnostiques qui lui sont nécessaire ;
- De délivrer dans ce cadre, avec ou sans hébergement :
  - Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ;
  - Des soins médicaux et de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus ;
  - Des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

- De participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux dans le cadre défini par l'agence régionale de santé (ARS) ;
- De participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils se soumettent aux procédures d'évaluation et certification de sa qualité, prévues par les lois et règlements.

Les établissements parties au GHT Collines de Normandie respectent les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service. Ils accueillent et admettent en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite, sans aucune forme de discrimination. Quelles que soient les circonstances, le GHT doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, soit dans une autre structure de soins. Les personnels des établissements parties au GHT dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6111-1, L. 6111-2, L. 6111-3, L. 6111-5, L. 6112-1, L.6112-2, L. 6112-3, L. 6112-5, L. 6112-6, L. 6112-7

## **SECTION 2 : ORGANISATION GÉNÉRALE – DIRECTION ET INSTANCES REPRÉSENTATIVES LOCALES**

### **SOUS-SECTION 1 : La direction et les instances décisionnelles**

#### **Article 7 – Le directeur**

Les établissements sont dirigés par un directeur.

##### **Ses missions**

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement, à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance par application des dispositions du Code de la santé publique. Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le directeur après concertation avec le directoire.

Le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement. Il participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professions de santé dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

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

Il est assisté par une équipe de directeurs adjoints qui sont responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel déterminé en application de l'organigramme de direction. Le directeur peut également se faire représenter.

Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre National de Gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins.

Il est nommé par arrêté du directeur général du CNG, sur une liste comportant au moins 3 noms de candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.

Une garde administrative est organisée pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable et faire face à tout événement susceptible d'entraver le fonctionnement normal de l'établissement. Elle est assurée par un membre de l'équipe de direction et d'encadrement supérieur, selon un calendrier établi par le directeur. Pendant sa garde, l'administrateur de garde est investi par délégation de la compétence et de la responsabilité du directeur. Il lui appartient d'avertir ce dernier des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou concerner l'image des établissements de la direction commune.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6143-7 à L. 6143-7-2, et D. 6143- 33 à D. 6143-35

## **Article 8 – Le conseil de surveillance**

Le conseil de surveillance a été mis en place suite à la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST).

### **Sa composition**

Il est composé de 3 collèges d'effectif égal :

- 1 collège de représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements
- 1 collège de représentants du personnel médical et non médical de l'établissement, dont un membre de la CSIRMT désigné par celle-ci
- 1 collège de personnalités qualifiées

Il est présidé par un membre appartenant au 1er ou au 3ème collège.

Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par voie réglementaire.

## Ses missions

Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par la loi.

### Il délibère sur :

- Le projet d'établissement et annuellement les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures (présentées par le directeur et le PCME)
- Les conventions passées (en application de l'art. L. 6142-5 du CSP) ;
- Le compte financier, l'affectation des résultats ;
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'art. L. 6145-7 ;
- Le plan pluriannuel d'investissement (PPI).

### Il donne son avis sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques & les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'art. L. 6148-2 ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La participation de l'établissement à un GHT ;
- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).
- La charte de gouvernance entre le directeur et le PCME.

### Texte(s) de référence

Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels CSP., art. L. 6143-1 et R. 6143-1 à R. 6143-16

## Article 9 – Le directoire

Le directoire est une instance collégiale qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

### Sa composition

La composition du directoire est la suivante :

- Le directeur, président du directoire.
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME), vice-président.
- Le président de la CSIRMT.
- Un membre du personnel non médical nommé.
- Un cadre supérieur de santé.
- 4 membres appartenant aux professions médicales : ils sont nommés par le directeur (après information du conseil de surveillance) 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 propositions ou de caractère incomplet de la liste. Cette seconde liste est alors transmise sous 15 jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix. Ces membres sont révocables par le directeur.

3 personnalités qualifiées peuvent être désignées par le Directeur sur avis conforme du président de la CME et après consultation du directoire. Elles peuvent être des représentants des usagers (RU) ou des étudiants et participent aux séances avec voix consultative.

La durée du mandat des membres nommés est de 4 ans. Ce mandat prend fin :

- Si son titulaire quitte l'établissement ;
- Si son titulaire cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire ;
- Si son titulaire démissionne ;
- Lors de la nomination d'un nouveau président de directoire.

Le président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés, après information du conseil de surveillance.

#### **Ses missions**

- Il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques lequel est soumis au Conseil de Surveillance.
- Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il se réunit de façon régulière (au moins 8 fois par an).

#### **Texte(s) de référence**

Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, art. 31  
CSP., art. L. 6143-7-3 à L. 6143-7-5 et D. 6143-35-1 à D. 6143-35-5

### **Article 10 – Les directions fonctionnelles**

Le Directeur a autorité sur l'ensemble des directions fonctionnelles, dont la responsabilité est confiée à des directeurs.

Dans le cadre des attributions qui lui sont confiées par le Directeur, chaque directeur dispose d'un pouvoir de police administrative garantissant le bon fonctionnement de l'établissement.

## **SOUS-SECTION 2 : Les instances consultatives**

### **Article 11 – La Commission Médicale d'Etablissement (CME)**

#### **Sa composition et son fonctionnement**

La CME représente au sein de l'établissement les personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines est assurée.

Y assistent avec voix consultative : le président du directoire (ou son représentant), le président de la CSIRMT, le praticien référent de l'information médicale, le représentant du Comité Social d'Etablissement (élu en son sein), le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène, un représentant des pharmaciens hospitaliers (désigné par le directeur de l'établissement) et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Les compétences de la CME sont définies par le Code de la santé publique. Elle dispose de son propre règlement intérieur.

Des sous-commissions spécialisées de la CME peuvent être créées, en vue de participer par leurs avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Leur présidence est assurée par un membre du corps médical désigné par le président de la CME, après avis de cette dernière.

#### **Le président de la CME (PCME)**

La CME élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Le président de la CME est le vice-président du directoire. Le mandat est de 4 ans, renouvelable 1 seule fois. Il veille au bon fonctionnement de cette instance.

Il élabore, avec le directeur et en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), le projet médical d'établissement. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel. Il coordonne la politique médicale de l'établissement.

Le projet médical est élaboré pour une période de 5 ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel.

Conjointement avec le Directeur de l'établissement après concertation avec le directoire, le PCME :

- Définit la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques
- Signe les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques mentionnés à l'article L. 6146-1.

### Ses missions

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

Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers (CDU).

La CME est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret, en particulier sur les matières sur lesquelles le CSE est également consulté.

### Les sous-commissions de la CME

Au sein du GHT, plusieurs sous-commissions de la CME ont été mises en place dans les établissements : la COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), le COVIRIS (Comité de Vigilance et Gestion des Risques), la CIV (Cellule d'Identito-Vigilance), le CLAN (Comité de Liaison Alimentation-Nutrition), le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), etc.\*

#### Texte(s) de référence

CSP., art. L.6143-7-3, L. 6144-1 et 2, R. 6144-1 à R. 6144-6, D. 6143-37 à -37-2

Décret n°2022-202 du 17 février 2022 – art. 3

\*liste non exhaustive

## Article 12 – Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Les agents de l'établissement sont représentés au sein du CSE. Des autorisations spéciales d'absence (ASA) sont accordées à leurs représentants au titre de leur participation (sous réserve des nécessités de service).

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des CSE sont régies par les dispositions du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.

### Sa composition

Le nombre de représentants suppléants est égal au nombre de représentants titulaires. Celui-ci est fonction du nombre d'agents.

Nombre d'agents	Nombre de représentants du personnel
Inférieur à 50	3 titulaires et 3 suppléants
De 50 à 99	4 titulaires et 4 suppléants
De 100 à 199	6 titulaires et 6 suppléants
De 200 à 499	8 titulaires et 8 suppléants

De 500 à 999	10 titulaires et 10 suppléants
De 1 000 à 1 9999	12 titulaires et 12 suppléants
À partir de 2 000	15 titulaires et 15 suppléants

Les représentants du personnel au CSE sont élus au scrutin de liste. La durée du mandat est fixée à 4 ans. Le mandat est renouvelable.

### Ses missions et attributions

Il **débat** chaque année sur :

- La programmation des travaux de l'instance
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Le plan de redressement ;
- Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) ;
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus (à l'exception de la qualité des soins et des questions relevant de la compétence d'autres instances).

Il est **consulté** sur :

- L'organisation interne de l'établissement ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences et la politique générale de formation du personnel ;
- Les projets de délibération mentionnés à l'art. L. 6143-1 du CSP.
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, sécurité et conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Il est **informé** sur : Des matières dont la liste figure à l'article 37 du décret susmentionné

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents

#### Texte(s) de référence

Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique  
 Décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médicosociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public  
 CGFP., art. L. 251-1 à -2, L. 251-11 à 13, L. 252-1 à 2, L. 252-11 à 14, L. 253-7 à 10, L. 254-5 à 6

## Article 13 – Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT)

### Sa composition et son fonctionnement

La F3SCT est créée par décision du directeur ou de l'administrateur de l'établissement concerné lorsque l'effectif de l'établissement est au moins égal à deux cents agents.

Le nombre de représentants du personnel titulaires dans la F3SCT est égal au nombre de représentants du personnel titulaires dans le CSE.

Chaque organisation syndicale siégeant au CSE désigne au sein de la F3SCT un nombre de représentants titulaires égal au nombre de siège qu'elle détient dans ce comité parmi les représentants titulaires et suppléants de ce comité. Les représentants titulaires et suppléants représentant les personnels médecins, pharmaciens et odontologistes de la formation spécialisée sont désignés par la CME en son sein par un vote.

Le président du CSE ou son représentant préside la formation spécialisée du comité.

La F3SCT ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité social d'établissement siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

### **Ses attributions**

La F3SCT exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de leur champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement. Elle exerce ses attributions sur le périmètre du CSE.

Elle est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission. Elle est informée des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail.

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

Chaque année, le président lui présente pour avis :

- Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale et des actions menées en matière de santé, sécurité et conditions de travail.
- Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

La F3SCT est associée à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

Elle peut aussi proposer des actions qu'elle estime utile en termes de prévention des risques professionnels : actions de prévention du harcèlement moral, harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles (VSS).

#### **Texte(s) de référence**

CGFP., art. L. 251-12, R.251-40 à 42  
Décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021

## **Article 14 – La Commission de Soins (CSIRMT)**

La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins dans les conditions fixées par le Code de la santé publique. Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, préside la commission des soins. Il est membre de droit du directoire.

### **Sa composition et son fonctionnement**

Elle est composée de représentants des personnels paramédicaux, de rééducation et médico-techniques. Les représentants élus constituent 3 collèges :

- Le collège des cadres de santé ;
- Le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Le collège des aides-soignants.

La CSIRMT se dote d'un règlement intérieur. Elle établit chaque année un bilan annuel d'activité adressé au Directoire.

### **Ses attributions**

La CSIRMT est consultée pour avis sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (élaboré par le coordonnateur général des soins), l'organisation générale des soins, l'accompagnement des patients, la

recherche et l'évaluation des soins ainsi que dans le cadre de la politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur le règlement intérieur de l'établissement et sur le rapport annuel sur l'activité de l'établissement.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6146-9, R. 6146-10 à 16

## SOUS-SECTION 3 : Les instances spécialisées

### Article 15 – Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Les CAPL, instances consultatives paritaires, sont compétentes pour examiner les situations de personnels stagiaires et titulaires de la fonction publique hospitalière, à l'exclusion des agents contractuels, tous régimes confondus.

Les CAP examinent les décisions visées à l'article 16 du décret n° 2022-857 du 7 juin 2022.

#### Sa composition

La CAPL est composée en nombre égal de représentants de l'administration (désignés par le conseil de surveillance) et de représentants du personnel (élus par le personnel).

Le nombre de représentants du personnel à la CAP dépend du nombre de fonctionnaires qui relèvent de la commission.

Nombre de fonctionnaires	Nombre de représentants du personnel
De 4 à 20	1 titulaire et 1 suppléant
De 21 à 200	2 titulaires et 2 suppléants
De 201 à 500	3 titulaires et 3 suppléants
De 501 à 1000	4 titulaires et 4 suppléants
De 1001 à 2000	5 titulaires et 5 suppléants
À partir de 2001	6 titulaires et 6 suppléants

Les représentants du personnel sont élus par les fonctionnaires tous les 4 ans.

#### Son fonctionnement

Les CAP sont constituées par catégorie hiérarchique. Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de 10 CAP distinctes :

- 4 commissions pour les corps de catégorie A ;
- 3 commissions pour les corps de catégorie B ;
- 3 commissions pour les corps de catégorie C.

Une CAPL est créée par l'assemblée délibérante d'un établissement, dès que l'effectif des fonctionnaires relevant de cette commission est au moins égal à 4 pendant 3 mois consécutifs. Lorsqu'elle ne peut être créée, les fonctionnaires relèvent d'une CAP départementale (CAPD) créée par l'ARS et gérée par un établissement du département.

Les CAPL sont présidées par le président de l'assemblée délibérante ou son représentant. Les CAP départementales sont présidées par le président du conseil de surveillance de l'établissement qui en assure la gestion (ou de son représentant).

Les CAP se réunissent au moins 2 fois par an.

**Texte(s) de référence**

Décret 2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière  
 Décret n° 2011-582 du 26 mai 2011 modifiant le décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003 modifié relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière  
 Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique  
 Décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 relatif aux lignes directrices de gestion et à l'évolution des attributions des commissions administratives paritaires  
 Décret n° 2022-857 du 7 juin 2022 relatif aux commissions administratives paritaires locales, départementales et nationales de la fonction publique hospitalière  
 CGFP., art. L. 261-8 à -11, L. 262-7, L. 263-1 et -4, L. 264-3 et -4

**Article 16 – La Commission Consultative Paritaire (CCP)**

Une CCP est créée dans chaque département par l'ARS agissant au nom de l'Etat et gérée par un établissement public de santé sis dans le département.

**Sa composition**

Elle comprend pour moitié des représentants du personnel et pour moitié des représentants de l'administration des établissements du département qui en relèvent, désignés par le Directeur.

Le nombre de représentants du personnel est fonction du nombre de contractuels qui relèvent de la commission.

Nombre d'agents	Nombre de représentants du personnel
< à 201	2 titulaires et 2 suppléants
De 201 à 500	3 titulaires et 3 suppléants
De 501 à 1000	4 titulaires et 4 suppléants
De 1001 à 2000	5 titulaires et 5 suppléants
À partir de 2001	6 titulaires et 6 suppléants

**Ses compétences**

La CCP est compétente à l'égard des agents contractuels de droit public. Elle émet notamment des avis sur les questions relatives au licenciement des agents (post période d'essai ou inaptitude physique), aux projets de sanctions disciplinaires autres que les sanctions du 1er groupe ou encore dans le cadre de projets de décision individuelle (formation, congés, demande révision du compte rendu d'un entretien professionnel annuel...).

**Son fonctionnement**

Les membres de la CCP sont désignés pour une période de 4 ans (renouvelable). Elle élabore son règlement intérieur et se réunit au moins 2 fois par an. Ses séances ne sont pas publiques.

**Texte(s) de référence**

Arrêté du 23 mai 2022 modifiant l'arrêté du 8 janvier 2018 relatif aux commissions consultatives paritaires compétentes à l'égard des agents contractuels de la fonction publique hospitalière

**Article 17 – La Commission Des Usagers (CDU)**

La CDU a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

**Sa composition**

- Le directeur de l'établissement ou son représentant
- 2 médiateurs (un médiateur médical et un non-médical) et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'établissement, après avis de la CME pour ce qui est du médiateur médical et de son suppléant
- 1 représentant de la CSIRMT et son suppléant désignés par le directeur des soins ;
- 1 représentant du personnel et son suppléant choisis par et parmi les membres du CSE ;

- 2 représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'ARS (parmi les personnes proposées par les associations agréées)
- Le président de la CME ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission
- D'un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

La CDU élit son président et son vice-président, pour une durée de 3 ans (renouvelable 2 fois) parmi les membres suivants :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Le médiateur médical ou non médical ;
- 1 des représentants des usagers.

### Compétences

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

Elle est **informée** de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement, ainsi que des suites qui y sont données. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives aux plaintes et réclamations qu'elle traite, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

Les membres de la CDU sont astreints au secret professionnel.

**La CDU contribue par ses avis et propositions à l'amélioration** de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. À cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité, préparées par la CME, ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- Une information sur chaque évènement indésirable grave associé à des soins après information réalisée auprès du directeur de l'ARS.

**Une présentation des événements indésirables graves** survenus au cours des 12 mois précédents (ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier) est effectuée au moins 1 fois par an en garantissant l'anonymat des patients et des professionnels concernés.

À partir notamment de ces informations, la commission :

- Procède à une **appréciation des pratiques** de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

- **Recense les mesures adoptées** au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- **Formule des recommandations**, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

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

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis par la CDU et exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La CME contribue à son élaboration.

### Fonctionnement

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à 3 ans renouvelables.

La commission se réunit sur convocation de son président au moins 1 fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises.

L'ordre du jour est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins 8 jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à 1 jour franc.

#### Texte(s) de référence

Décret n°2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé  
Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  
Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge.  
Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.  
CSP., art. L.1112-3, L1413-14 et R.1112-79 à R.1112-94  
Code pénal., art. 226-13 à 14

## SOUS-SECTION 4 : Les instances spécifiques au secteur médico-social

### Article 18 – Le Conseil d'Administration (CA)

#### Composition

Le CA des établissements publics sociaux et médico-sociaux qui relèvent d'une seule commune ou d'un seul département comprend 12 membres (13 si l'établissement a son siège sur le territoire d'une commune dont il ne relève pas). Cette instance concerne uniquement l'EHPAD de Carrouges au sein du GHT.

Il est composé de :

- Des représentants de la (des) collectivité(s) territoriale(s) de rattachement, dont le maire ou le président du conseil départemental (ou leur représentant respectif) ;
- D'un (des) représentant(s) des départements qui supportent les frais de prise en charge des personnes accueillies ;
- Des représentants des usagers ;
- Des représentants du personnel dont un représentant du personnel médical ou le médecin coordonnateur ;
  - Le représentant du personnel médical est désigné par le directeur.

- Le représentant du personnel autre que médical est désigné par le directeur sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives dans l'établissement.
- De personnalités qualifiées (au regard de leurs compétences dans le champ d'intervention de l'établissement ou en matière d'action sociale ou médico-sociale).

### Fonctionnement

Le directeur de l'établissement (ou son représentant) assiste au CA avec voix consultative. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

Le CA est présidé par le maire pour un établissement communal ou le président du conseil départemental pour un établissement départemental. Le CA élit un vice-président.

Les fonctions de membre du CA sont gratuites. La durée du mandat des membres est fixée à 3 ans (renouvelable).

Le mandat des membres du CA qui appartiennent à l'assemblée délibérante d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public de coopération intercommunale prend fin lors du renouvellement de cette assemblée ou à la date de sa dissolution.

### Missions

Le CA définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :

- Le projet d'établissement ou de service, les contrats pluriannuels et les conventions d'aide sociale ;
- Les programmes d'investissement ;
- Le rapport d'activité ;
- Le budget et les décisions modificatives ;
- Les comptes financiers ;
- Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement ;
- Le tableau des emplois du personnel ;
- La participation à des actions de coopération et de coordination ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation et conditions des baux de plus de 18 ans ;
- Les emprunts ;
- Le règlement de fonctionnement ;
- L'acceptation et le refus de dons et legs ;
- Les actions en justice et transactions

#### Texte(s) de référence

CASF., art. L. 315-10 à 19, R. 315-6 à R.315-23-5

## Article 19 – Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

Le CVS est mis en place lorsque l'établissement assure un hébergement ou un accueil de jour continu. Le CVS est un lieu d'expression permettant aux usagers, résidents et à leurs familles de communiquer et échanger sur l'ensemble de leurs conditions de vie, de soins et d'hébergements.

### Composition

Le CVS comprend au moins :

- 2 représentants des personnes accompagnées ;
- 1 représentant des professionnels employés par l'établissement ;
- 1 représentant de l'organisme gestionnaire ;
- 1 représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;
- 1 représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;
- 1 représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;
- 1 représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ;
- Le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- 1 représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. **Compte tenu de la taille des EHPAD du GHT, le nombre de représentants des habitants et familles a été adapté à la hausse.**

Peuvent demander à assister aux débats du CVS (liste non exhaustive) : un représentant élu de la commune d'implantation, un représentant du conseil départemental ou encore le représentant du défenseur des droits.

### Fonctionnement

Le président du CVS est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi leurs représentants. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu. Le président du CVS assure l'expression libre de tous les membres.

Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative. Le CVS se réunit au moins 3 fois par an sur convocation du président. Le CVS fixe la durée du mandat de ses membres dans le règlement intérieur.

### Attributions

Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressante :

- le fonctionnement de l'établissement notamment sur les droits et libertés des personnes accompagnées,
- sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités,
- l'animation socio-culturelle et les prestations proposées par l'établissement,
- les projets de travaux et d'équipements,
- la nature et le prix des services rendus,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants,
- les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Il est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement, en particulier sur le volet de la politique de prévention et lutte contre la maltraitance.

Il est entendu lors de la procédure d'évaluation, est informé des résultats et associé aux mesures correctrices.

Il est consulté sur le plan d'organisation des transports des personnes adultes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour.

#### Texte(s) de référence

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation CASF., art. D. 311-3 à D. 311-32-1, L. 311-6

## SOUS-SECTION 5 : Les instances du GHT

### Article 20 – Le Comité Stratégique (COSTRAT)

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention du présent groupement hospitalier du territoire et du Projet Médical partagé. Il propose au Directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du Projet Médical partagé.

#### Composition

Il comprend :

- Les directeurs des établissements ;

- Les présidents des commissions médicales d'établissement des établissements parties ;
- Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Le président du collège médical ;
- Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire.

### **Fonctionnement**

Le COSTRAT est présidé par le Directeur de l'établissement support. Il peut inviter et faire participer à ses réunions toute personne nécessaire à la réflexion qu'il mène.

Il se réunit au moins 2 fois par an sur convocation de son président. Il peut également se réunir à la demande de son président ou de la moitié de ses membres.

Le règlement intérieur du GHT est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement. Il sera adopté à la majorité des membres présents.

Il propose ses orientations sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du Projet Médical partagé, en exprimant un avis par un vote, à la majorité des membres présents.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 6132-2, R. 6132-10 à R. 6132-10-1

## **Article 21 – La Commission Médicale de Groupement (CMG)**

Les CME des établissements parties ont choisi de mettre en place un collège médical.

### **Composition**

La CMG comprend avec voix délibérative :

- Les présidents des CME des établissements parties au groupement ;
- Les chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique inter-établissements ainsi que les coordonnateurs des fédérations médicales interhospitalières (FMIH) mises en place entre tout ou partie des établissements parties au GHT ;
- Le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) de territoire ;
- Des membres représentant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, désignés par chaque CME en son sein et, pour les établissements et services médico-sociaux parties au groupement, selon des modalités définies par la convention constitutive.
  - o La durée de leur mandat est de 4 ans.

La CMG comprend avec voix consultative :

- Le président du COSTRAT et les directeurs des établissements parties au GHT ;
- Le président de la CSIRMT Du GHT ;
- Un représentant des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins désigné par le directeur de l'établissement support ;
- Un professionnel médical représentant, le cas échéant, les communautés psychiatriques de territoire, désigné par elles.

La convention constitutive peut prévoir la présence, avec voix consultative, d'autres personnes exerçant des fonctions dans les établissements parties au groupement, dans une proportion qui ne peut dépasser 10% du nombre total des membres de la commission.

La CMG peut désigner, en concertation avec le président du comité stratégique, au plus cinq invités représentant des partenaires extérieurs coopérant avec le groupement ou avec les établissements parties dans la mise en

œuvre d'actions de santé publique sur le territoire. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la CMG.

### **Fonctionnement**

La CMG se réunit au moins 2 fois par an sur convocation de son président. Il peut également se réunir à la demande de son président ou de la moitié de ses membres.

La CMG élit son président et son vice-président, à la majorité des membres présents. Le président et le vice-président du collège médical sont élus pour une durée qui est celle de leurs mandats en cours.

La CMG peut inviter et faire participer à ses réunions toute personne nécessaire à la réflexion qu'il mène.

Le président de la CMG coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

### **Compétences**

Elle anime la réflexion médicale de territoire du groupement. À ce titre, elle participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des établissements du groupement.

Elle exprime un avis par vote à la majorité de ses membres présents sur le projet médical partagé du groupement. Elle est tenue informée, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son président.

Les avis émis par la CMG sont transmis aux membres du COSTRAT et à chacune des CME des établissements parties au groupement.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. D. 6132-9 à 11

## **Article 22 – La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de territoire (CSIRMT GHT)**

### **Composition**

La CSIRMT du GHT comprend :

- Les présidents des CSIRMT des établissements parties au groupement, membres de droit ;
- 2 autres membres des CSIRMT de chaque établissement, désignés par chacune des CSIRMT des établissements parties.

### **Fonctionnement**

Elle se réunit au moins 2 fois par an. Elle peut se réunir à la demande de son président, ou de la moitié de ses membres.

Le président de la CSIRMT du GHT est un coordonnateur général des soins et est désigné par le directeur de l'établissement support du groupement. La CSIRMT du GHT peut inviter et faire participer à ses réunions toute personne nécessaire à la réflexion qu'elle mène.

Les avis sont pris à la majorité de ses membres présents sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des CSIRMT des établissements parties.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. R. 6132-12

## **Article 23 – Le Comité Territorial des Elus Locaux (CTEL)**

Le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le GHT pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut

émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données, conformément à la convention constitutive du GHT.

### Composition

Le CTTEL est composé :

- Des maires des communes sièges des établissements parties au groupement ;
- Du maire de la commune de Domfront ;
- D'un représentant des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance de chaque établissement partie au groupement ;
- Du président du COSTRAT ;
- Des directeurs des établissements parties au GHT non établissement support ;
- Du président de la CMG ;
- Du président de la CSIRMT du groupement ou son représentant.

### Fonctionnement

Le CTTEL est présidé par l'un des maires des communes sièges des établissements parties au groupement, selon une alternance annuelle à préciser.

Il se réunit au moins 2 fois par an. Il se réunit soit à la demande du président du CTTEL, soit à la demande du président du COSTRAT, soit à la demande la moitié de ses membres.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. R. 6132-13  
Convention constitutive du GHT

## SECTION 3 : L'ORGANISATION DES SOINS ET LE FONCTIONNEMENT MÉDICAL

### SOUS-SECTION 1 : L'organisation et l'attribution des pôles d'activité

#### Article 24 – L'organisation polaire

Les pôles d'activité cliniques et médico-techniques sont définis, par le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME. Cette organisation doit être conforme au projet médical d'établissement. Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles appartient à l'établissement conformément au principe de la liberté d'organisation.

Les pôles d'activité sont composés :

- D'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ;
- D'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés.

Les établissements parties du GHT s'organisent comme suit :

CH de Flers	CH de Vire	CHIC des Andaines
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médecine</li> <li>• Pôle CHARU</li> <li>• Pôle Femme/enfant et plateau médico-technique</li> <li>• Pôle Psychiatrie et EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle plateau hospitalier</li> <li>• Pôle gérontologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle sanitaire</li> <li>• Pôle médico-social</li> <li>• Pôle transversal</li> </ul>

**Texte(s) de référence**

Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification  
Décret n°2022-202 du 17 février 2022 relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements  
Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 - art. 4  
CSP., art. L.6146-1 à 2, R.6146-4 à R.6146-9, D.6146-1 à 3, R. 6146-6 à R. 6146-9-2-1

## **Article 25 – Les chefs de pôle**

### **Leur nomination**

Les chefs de pôle d'activités cliniques ou médico-techniques sont nommés par le directeur, sur proposition du président de la CME.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique les praticiens professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) ainsi que ceux mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.

Les chefs de pôles sont nommés pour une durée de 4 ans, renouvelable par la même procédure.

À tout moment, il peut être mis fin à la fonction de chef de pôle, dans l'intérêt du service, par décision du directeur et après avis du président de la CME pour les chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques.

### **Leurs missions et fonctions**

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

Au sein de son pôle, le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec toutes les catégories de personnel, en collaboration avec le cadre supérieur de santé.

### Le chef de pôle exerce un rôle dans les domaines suivants :

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- Proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle ;
- Affectation des personnels au sein du pôle ;
- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux et pharmaceutiques.

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

Tous les chefs de pôles sont membres de la CME. Toutefois, la fonction de chef de pôle est incompatible avec celle de président de la CME.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 6144-5, R. 6144-5-1

## **Article 26 – Le cadre paramédical de pôle**

Le praticien responsable de pôle est assisté par un cadre de santé. Le cadre paramédical de pôle est nommé par le directeur de l'hôpital sur avis du coordonnateur général des soins et du praticien responsable de pôle.

Le cadre paramédical de pôle participe à l'élaboration du projet de soins de l'hôpital coordonnée par la direction des soins. Il le décline et le met en œuvre au sein du pôle.

Il est garant de l'organisation de la continuité et de la sécurité des soins au sein du pôle.

Il assure le management de l'encadrement paramédical du pôle et est garant de la mise en œuvre de la politique des ressources humaines.

### **Article 27 – Structures internes des pôles**

Les pôles d'activité sont composés de structures internes – dénommées services ou unités fonctionnelles - de prise en charge de l'usager par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques. Elles sont créées sur décision du Directeur après consultation du Directoire.

Le service constitue l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Ils sont dirigés par un chef de service en étroite collaboration avec le cadre de santé. Le chef de service est nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la CME, après avis du chef de pôle.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service par décision conjointe du directeur et du président de la CME, après avis du chef de pôle.

Le chef de service bénéficie, à sa prise de fonction, d'une formation adaptée à l'exercice de hautes responsabilités.

#### **Texte(s) de référence**

Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification  
Décret n°2022-202 du 17 février 2022 relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements  
CSP., art. L.6146-1 à L.6146-1-2, R.6146-4 à R.6146-6 et D.6146-5-1

## **SOUS-SECTION 2 : L'organisation médicale**

### **Article 28 – Le respect du code de déontologie**

Les personnels médicaux sont assujettis à leur Code de déontologie qui leur garantit l'indépendance professionnelle, dans le respect des règles propres à chaque profession.

### **Article 29 - Statuts**

Les praticiens hospitaliers à plein temps ou temps partiel sont des agents publics et disposent de règles professionnelles en matière de recrutement, avancement et gestion de corps fixées par les articles R.6152-1 à R. 6152-333 du code de la santé publique (CSP).

S'agissant des autres statuts, ils se retrouvent aux articles suivants :

- *Praticiens contractuels* : articles R. 6152-334 à R. 6152-394 du CSP.
- *Assistants des hôpitaux* : articles R. 6152-501 à R. 6152-552 du CSP.
- *Praticiens attachés* : articles R. 6152-600 à R. 6152-637 du CSP.

Les internes et étudiants sont régis par les dispositions suivantes :

- *Docteurs juniors* : articles R. 6153-1 à R. 6153-1-29 du CSP.
- *Internes* : articles R. 6153-2 à R. 6153-40 du CSP.
- *Etudiants en médecine* : articles R. 6153-46 à R. 6153-62-1 du CSP.
- *Etudiants en odontologie* : articles R. 6153-63 à R. 6153-76-1 du CSP.
- *Etudiants en pharmacie* : articles R. 6153-63 à R. 6153-76-1 du CSP.
- *Etudiants en maïeutique* : articles R. 6153-98 à R. 6153-110 du CSP.

### **Article 30 – Fonction des Praticiens Hospitaliers (PH)**

Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence et participent aux missions définies aux articles L. 6112-1 et L. 6112-2 dans les conditions fixées à l'article L. 6112-3 du CSP. Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les pharmaciens régis par le présent statut exercent soit les fonctions définies par l'article L. 5126-5, soit des fonctions liées à la spécialité dans laquelle ils ont été inscrits sur la liste d'aptitude nationale mentionnée à l'article R. 6152-301.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L.6112-1 à 3, L. 5126-5, R. 6152-2 et R. 6152-301

### **Article 31 – Fonction des docteurs juniors**

Le docteur junior exerce des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale ou des missions de pharmacie hospitalière, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.

Il suit sa formation sous le régime de l'autonomie supervisée.

La supervision est assurée par un praticien auquel le docteur junior peut avoir recours à tout moment de son exercice, conformément aux tableaux de service. Elle a pour objet le conseil, l'accompagnement dans les actes médicaux accomplis par le docteur junior et la prise en charge d'une situation à laquelle ce dernier ne pourrait faire face en autonomie.

Les actes réalisés sous ce régime le sont par le docteur junior seul. Les actes que le docteur junior ne réalise pas encore en autonomie supervisée sont réalisés dans les conditions en vigueur pour les internes.

En application de l'article L. 4111-1-1, le docteur junior, à sa demande, peut être autorisé à participer, dans le cadre de ses obligations de service en stage et compte tenu des nécessités pédagogiques, au service de gardes et astreintes médicales.

### **Article 32 – Fonction des internes**

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation.

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

L'interne en pharmacie participe à l'ensemble des activités de l'entité dans laquelle il accomplit son stage, par délégation et sous la responsabilité du praticien ou du pharmacien auprès duquel il est placé.

Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service.

Les internes participent à la permanence des soins. Ils sont soumis au règlement des établissements ou organismes dans lesquels ils exercent leur activité et s'acquittent des tâches qui leur sont confiées.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 6153-3 et -6

### **Article 33 – Continuité des soins, permanence des soins et permanence pharmaceutique**

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence.

La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant des soins non programmés la nuit (à partir de 20h du soir et jusqu'à 8h du matin), le week-end à partir du samedi midi) et les jours fériés.

La permanence des soins, qui concerne « les nouveaux patients », est à distinguer de la continuité des soins pour les patients déjà hospitalisés.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les personnels médicaux assurent l'ensemble des tâches hospitalières comprenant :

- Les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des patients hospitalisés, service de soins et consultations des patients externes) ;
- La participation aux services des dimanches et jours fériés, au service des gardes de nuit ainsi qu'aux remplacements imposés par les différents congés.

Ils sont tenus de répondre également aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service.

L'organisation générale de la permanence des soins et de la permanence pharmaceutique est arrêtée par le directeur après avis de la CME sur proposition de la Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (COPS).

Elle précise notamment :

- La durée respective sur 24 heures des périodes de « jour » et de permanence des soins ;
- La liste des permanences sur place et des astreintes à domicile mise en place dans l'établissement durant les périodes de permanence des soins ;
- Les modalités de diffusion des tableaux mensuels nominatifs et d'appels des praticiens et internes assurant ces permanences.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6314-1, R. 6315-1

Arrêté du 21 décembre 1960 fixant les obligations de service des membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires.

### **Article 34 – Le tableau de service**

Dans chaque service de soins, un tableau de service qui décompte le temps de travail en demi-journées ou par dérogation en heures dans les structures à temps médical continu définit nominativement :

- Les présences des praticiens dans le service du lundi au samedi matin
- Les astreintes et les gardes de nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés
- Les activités hors clinique (congrès, colloques, formation, expertise etc.)
- Les congés et absences de toute nature.

Le tableau de service est affiché dans les services ou les structures concernés. Il est arrêté chaque mois, pour le mois suivant, par le Directeur, sur proposition du responsable de service. Il est transmis à la direction des affaires médicales.

Les médecins ne peuvent s'exonérer de la responsabilité médicale de la continuité des soins ; les pharmaciens ne peuvent s'exonérer de la responsabilité de l'organisation de la permanence pharmaceutique.

## **SOUS-SECTION 3 : Dispositions spécifiques à la pharmacie**

### **Article 35 – Le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie**

Le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie est responsable des activités prévues par la loi et autorisées pour cette pharmacie. La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité. La tenue de cette comptabilité est exclusive de tout maniement de fonds. Le personnel attaché à la pharmacie exerce ses fonctions sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance et des pharmaciens adjoints de cette pharmacie à usage intérieur.

Les pharmacies à usage intérieur répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement. À ce titre, elles ont pour missions :

- D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments et dispositifs médicaux ;
- De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, et en y associant le patient ;
- D'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 4211-1, L. 5121-1-1, L. 5126-1, L. 5126-5 et R. 5126-23

## **SOUS-SECTION 4 : Les soins paramédicaux, médico-techniques et de rééducation**

### **Article 36 – Le coordonnateur général des soins, directeur des soins**

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

Il coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6146-9

## **Article 37 – Organisation des services de soins et d’hébergement**

Les services de soins et d’hébergement accueillent les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations.

Dans chaque service de soins et d’hébergement, un cadre de santé assure l’encadrement des équipes paramédicales. Il contrôle la qualité des soins, la prise en charge des patients, la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations, ainsi que les autres activités de l’équipe.

Les personnels qualifiés (infirmiers, manipulateurs en électroradiologie médicale, kinésithérapeutes, notamment) accomplissent les soins relationnels, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires au confort du malade, dans le respect de la réglementation en vigueur. Ils sont assistés, dans cette tâche, par d’autres professionnels (aides-soignant(e)s, auxiliaires de puériculture notamment) qui participent aux soins d’hygiène et de confort de la personne soignée ou à la personne hébergée, à l’exclusion de tout soin médical.

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sage-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation.

## **Article 38 – Coordination des soins dispensés aux malades**

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

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

Les soins peuvent également faire l’objet d’une démarche de coopération entre les professionnels de santé.

### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 4011-1 et D. 4011-1

## **SECTION 4 : AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS**

### **Article 39 – La politique qualité, gestion des risques et droits des usagers**

Afin d’améliorer le service rendu aux usagers, le GHT Les Collines de Normandie impulse une politique qualité et gestion des risques à l’échelle du GHT, centrée sur l’amélioration de la prise en charge des patients / habitants et la sécurité des soins.

Elle poursuit plusieurs objectifs centraux :

- L’engagement du GHT dans les démarches de certification et d’évaluation ;
- La consolidation de la culture qualité et gestion des risques ;
- La garantie de la maîtrise des risques et de la sécurité des soins ;
- La promotion du respect des droits des usagers ;
- Le développement de l’expérience patient ;
- L’anticipation de la gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).

Sous l'égide du COPIL Qualité GHT et en collaboration avec les CME des établissements, la Direction de la Qualité et des relations avec les usagers coordonne les démarches qui sont déclinées en proximité au sein des pôles en s'appuyant sur plusieurs commissions et sur les professionnels responsables du pilotage de processus transversaux.

# CHAPITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, À L'ADMISSION, AU SÉJOUR ET À LA SORTIE DU PATIENT

## SECTION 1 : ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION DES PATIENTS

### SOUS-SECTION 1 : Dispositions générales

#### Article 40 – L'égal accès aux soins

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Tout motif de refus de prise en charge qui revêt un caractère discriminatoire constitue une illégalité.

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne, y compris refuser de délivrer un moyen de contraception en urgence, en raison de l'état de santé, du handicap, de l'origine, du sexe, de la situation de famille, des opinions politiques, ou encore de la religion\*.

Les établissements assurant le service public hospitalier garantissent un accueil adapté, un délai de prise en charge en rapport avec l'état de santé, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ainsi que l'absence de facturation des dépassements de tarifs ou d'honoraires.

De plus, chaque personne bénéficie de soins appropriés à son état, indépendamment de toute considération autre que médicale. Cette exigence d'égalité de traitement est comprise dans le code de déontologie médicale mais est également un principe régissant le fonctionnement du service public aux côtés des principes de neutralité et d'impartialité.

#### Texte(s) de référence

\*Liste non exhaustive. Se référer aux textes : articles 225-1 et 225-1-1 du code pénal, article L. 861-1 du code de la sécurité sociale (protection complémentaire), article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (droit à l'aide).

Loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé  
CSP., art. L. 1110-1, L. 1110-3, L. 6112-2.

#### Article 41 – Principe de libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel du centre hospitalier. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la sécurité sociale. Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'un autre usager pour des motifs tirés de leur religion, connue ou supposée. Les patients ne peuvent non plus exiger une adaptation du fonctionnement du centre hospitalier.

**Texte(s) de référence**

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  
Articles L. 1110-8, R. 1112-17 et L. 3211-1 CSP  
Circulaire DSS/SDAS/2B n° 97-739 du 21 novembre 1997  
Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité

### **Article 42 – L'accès aux soins des personnes démunies**

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital. Le centre hospitalier a mis en place un service social hospitalier adapté aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, en lien avec l'organisation territoriale de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Elles peuvent également avoir recours au service social afin d'exprimer leurs besoins et être accompagnés dans leurs démarches.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6122-6

## **SOUS-SECTION 2 : Accueil et admission en hospitalisation**

### **Article 43 – L'accueil des patients**

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

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

Le patient est invité lors de son accueil à désigner s'il le souhaite une personne de confiance ; il peut également désigner une personne à prévenir.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6112-2 et R. 1112-40

### **Article 44 – Livret d'accueil et questionnaire de sortie**

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein d'un établissement partie au GHT un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du centre hospitalier, ainsi que les droits et devoirs des patients. La Charte de la personne hospitalisée est incluse dans le livret d'accueil. Il y est également fait mention de la CDU. Les coordonnées des représentants des usagers sont affichées dans les unités et disponibles à l'accueil.

Le patient reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1112-2, R. 1112-41 et R. 1112-84

## Article 45 – Compétence du directeur en matière d'admission

L'admission du patient est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

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

Texte(s) de référence  
CSP., art. R. 1112-11 à 12

## Article 46 – Pièces à fournir lors de l'admission

Hors situations particulières, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

À cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter à l'agent chargé de l'accueil administratif au bureau des entrées :

- Sa carte vitale ou son attestation de droits à l'assurance maladie, permettant de justifier l'ouverture de ses droits.
- Un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...).
- Le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur.
- Le cas échéant, la carte avec photographie et en cours de validité attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'État (AME).

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

Si le patient ne peut pas présenter sa carte vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

## Article 47 – Information de la famille – personne à prévenir – secret de l'admission

Dès son admission, l'agent chargé de l'accueil administratif propose au patient de désigner une personne à prévenir en cas de besoin. Le malade peut demander le respect de l'anonymat ou la confidentialité de l'hospitalisation.

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

### Le mineur et le secret de l'admission

Par dérogation au principe de l'autorité parentale (article 371-1 du code civil), le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un 1<sup>er</sup> temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

#### **Le patient ayant une conduite addictive**

Le patient ayant une conduite addictive se présentant dans un établissement de santé afin d'y être traité peut bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission.

L'anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Le patient dans cette situation peut demander aux médecins qui l'ont suivi et traité un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

#### **Texte(s) de référence**

CASF., art. L. 222-6  
CSP., art. R. 1112-4, L. 3414-1, R. 1112-28, R. 1112-38, R. 1112-45, L. 1111-5.

### **Article 48 – La personne de confiance**

Lors de l'admission, il est proposé à chaque malade majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ». Cette désignation, facultative, figure au dossier médical.

Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le malade devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions. Son rôle est renforcé pour les malades en fin de vie : 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 non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

Cette désignation est valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par le patient (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 le patient.

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

#### **Texte(s) de référence**

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé  
Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie  
Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie  
CSP., art. L. 1111-6 et L. 1111-12

### **Article 49 – Les différents types d'admissions en hospitalisation**

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

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde du centre hospitalier, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner

le diagnostic de l'affection ; il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. R. 1112-11

#### **Admission programmée**

Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée.

Afin d'organiser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions de l'établissement où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

#### **Admission directe dans un service**

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge, après accord du responsable médical de l'unité.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement. Un dossier provisoire est créé, selon la procédure administrative en vigueur.

#### **Admission à la suite d'un transfert**

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du centre hospitalier ou nécessitant des moyens dont il ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

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

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. R. 1112-14

## **SOUS-SECTION 3 : Accueil et admission en urgence**

### **Article 50 – Organisation de la prise en charge en urgence**

Le Directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient réclame des soins urgents, pour que les soins urgents soient assurés au sein du centre hospitalier, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

L'hôpital met en œuvre toutes les mesures utiles pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue.

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

Une fiche est établie par la structure des urgences et transmise au directeur pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients. L'hôpital procède régulièrement à leur analyse et à leur évaluation.

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

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1111-4, R. 1112-13 à 14, R. 1112-16

### **Article 51 – Les interventions du SMUR**

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

- Pour le CH de Flers et le CHIC des Andaines : au CHICAM d'Alençon (SAMU 61) ;
- Pour le CH de Vire : au CHU de Caen (SAMU 14).

### **Article 52 – Cas des patients amenés par la police**

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

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

#### **Etat apparent d'ivresse**

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent au Centre Hospitalier, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou gendarmerie qui l'ont amenée. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue en cas de refus de soins et le directeur doit, au cas où la personne alcoolisée est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

#### **Personne gardée à vue**

Son admission est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. La prise en charge médicale et soignante est la même que pour un autre patient. Sur le plan éthique et particulièrement vis-à-vis du secret professionnel, les règles sont identiques. Les droits du patient tels que définis dans la Charte du patient hospitalisé sont respectés.

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

Les règles applicables aux patients détenus sont transposables aux patients gardés à vue : quel que soit le niveau de surveillance, les officiers de police judiciaire (OPJ) doivent veiller à ce que les mesures de sécurité prises n'entravent pas la confidentialité de l'entretien médical.

**Texte(s) de référence**

Décret n° 2022-479 du 30 mars 2022 portant partie réglementaire du code pénitentiaire  
Code de procédure pénale., art. 63-3  
CSP., art. L. 1110-1, R. 1112-30 à 33

### **Article 53 – Inventaire à l'admission**

Dans les cas où le patient est conscient lors de son admission : un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux urgences, sauf opposition de sa part. Cet inventaire est signé sans délai par le patient et par un agent du centre hospitalier habilité à le faire.

Si le malade ou blessé est inconscient ou incapable d'effectuer les formalités de dépôt : un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade/blessé est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement, et par l'accompagnant le cas échéant. Le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient.

La perte ou détérioration d'objets ou d'effets conservés par le malade est soumise au régime de responsabilité de droit commun, et n'ouvre droit à indemnisation qu'en cas de faute prouvée de l'établissement ou de ses agents.

Les objets de valeur détenus par le patient peuvent faire l'objet d'un dépôt. Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des hospitalisés sont, en fonction de leur nature et après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant :

- Remis à la trésorerie de l'établissement ou au service économique pendant les heures d'ouverture de ces services ;
- Placés dans le coffre de l'établissement en-dehors des heures d'ouverture de ces services. A l'ouverture de ces derniers, les dépôts leur sont remis.

En cas de décès, les dépôts sont transmis le jour même ou le lendemain au plus tard à la trésorerie de l'établissement. L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins. Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le service économique, soit par la trésorerie principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité, et d'un certificat d'hérédité en cas de décès.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt. Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1113-1 et suivants

## **SOUS-SECTION 4 : Consultations (cas général)**

### **Article 54 – Consultations et soins externes**

Des consultations médicales et soins sont organisés au sein du centre hospitalier pour les patients externes dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. La liste et la localisation de ces consultations sont indiquées à l'entrée du centre hospitalier.

Le directeur du centre hospitalier établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôle d'activités concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein du centre hospitalier veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

Dans certains services, les consultations et soins externes peuvent être dispensés par des praticiens au titre de leur activité libérale. Ce type de prise en charge doit alors faire l'objet d'une demande expresse du patient.

### **Article 55 – Activité libérale des médecins du centre hospitalier**

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein, qui en font la demande, peuvent être autorisés à exercer au sein du centre hospitalier une activité libérale dans les conditions définies par le CSP.

Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat soumis à un réexamen périodique. La commission de l'activité libérale (CAL) est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir au préalable du praticien concerné, les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

La CAL peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'ARS, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le président du conseil de surveillance, le président de la CME et le directeur ainsi que par tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à l'exercice de sa propre activité libérale.

Les établissements publics de santé dans lesquels des praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale élaborent une charte de l'activité libérale intra-hospitalière comprenant au minimum les clauses figurant dans une charte-type fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces clauses visent à garantir l'information des patients quant au caractère libéral de l'activité et les tarifs pratiqués dans ce cadre, leur droit à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens, et la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales. Elles sont adaptées à la nature de l'activité de l'établissement public de santé.

La charte est arrêtée par le directeur de l'établissement sur proposition de la CAL, après concertation du directoire et avis de la CDU, de la CME et du conseil de surveillance.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 6154-1 à L6154-7 et R. 6154-1 à R.6154-27

## **Article 56 – Tarifs des consultations externes**

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

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte vitale ou de l'attestation de la carte vitale. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec le centre hospitalier, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

## **SOUS-SECTION 5 : Dispositions relatives aux mineurs**

### **Article 57 – Admission des malades mineurs**

Les services spécialisés en pédiatrie sont habilités à recevoir uniquement des enfants d'un âge n'excédant pas 18 ans. Inversement, les mineurs âgés de moins de 18 ans ne peuvent être admis dans les services d'adultes, s'il existe un service d'enfants susceptible de les accueillir. Des dérogations à ces règles peuvent être toutefois exceptionnellement autorisées par le directeur, après avis des chefs de service concernés.

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement, sauf application des dispositions de l'article L. 1111-5 du CSP. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit délivrer les soins nécessaires. Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Si le mineur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement doit également être recherché. Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Le Code pénal prévoit expressément une dérogation au secret médical pour permettre de signaler les privations et sévices auprès des services du Procureur de la République.

Lorsque le mineur a été placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier par l'autorité judiciaire au titre de l'assistance éducative ou des textes sur l'enfance délinquante, son admission à l'hôpital est prononcée à la demande du directeur de cet établissement ou du gardien.

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

**Texte(s) de référence**

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  
Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983, circulaire n° 688 du 23 novembre 1998, circulaire DGS/DHOS n° 2001/467 du 28 septembre 2001 (paragraphe 1.1.5),  
CSP., art. L.1111-2, L.1111-4, L. 1111-5, L.1111-5-1, R. 1112-35, R. 4127-42 à 44  
Code pénal., 226-14

### **Article 58 – Admission des mineurs relevant du service de l’aide sociale à l’enfance (ASE)**

L’admission d’un mineur relevant du service de l’ASE est prononcée à sa demande, sauf si le mineur lui a été confié par son père, sa mère ou son tuteur. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d’ASE demande l’admission.

Lorsque le patient relève d’un service départemental de l’aide sociale à l’enfance, le directeur du centre hospitalier adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l’admission, au directeur du service départemental de l’aide sociale à l’enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de la structure médicale concernée indiquant le diagnostic et la durée probable de l’hospitalisation.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-34 et -36

### **Article 59 – Mineurs reçus en urgence**

En-dehors des cas particuliers ou situations spécifiques, toutes mesures utiles sont prises par l’hôpital pour qu’un membre de la famille ou la personne exerçant l’autorité parentale soit informée dans les meilleurs délais de l’hospitalisation d’un mineur reçu en urgence.

### **Article 60 – Accompagnement des mineurs en hospitalisation**

Lorsqu’une hospitalisation est décidée, l’administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d’accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour.

Les parents ou toute autre personne qui s’occupe de l’enfant peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu’ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l’enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades.

### **Article 61 – Information des mineurs et consentement aux soins**

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

Si le mineur accepte l’accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l’autorité parentale, il peut exiger qu’elle s’effectue par l’intermédiaire d’un médecin.

Toutefois, les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s’ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision. Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1111-2, L. 1111-4, L. 1111-5, R. 1111-6, L. 1111-7, R. 1111-6 et L. 1111-11

## Article 62 – Sortie des mineurs en fin d’hospitalisation

La personne titulaire de l’autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du centre hospitalier si le mineur peut quitter seul l’hôpital ou s’il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu’elle a expressément autorisée.

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

<b>Texte(s) de référence</b> CSP., art. L. 1111-5, R. 1112-64
--

## Article 63 – Mineurs en situation de rupture familiale

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l’assurance maladie et maternité (protection universelle maladie – PUMa) et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle.

Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

## SOUS-SECTION 6 : Dispositions relatives aux femmes enceintes

### Article 64 – Secret de la grossesse ou de la naissance – Accès aux origines personnelles

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l’intéressée demande le bénéfice du secret de l’admission et de son identité dans les conditions prévues par le Code civil, aucune pièce d’identité n’est exigée et il n’est procédé à aucune enquête.

Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l’aide sociale à l’enfance (ASE).

Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l’importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

La mère est invitée à laisser – si elle l’accepte – lors de son séjour, tous renseignements, documents ou objets qu’elle juge importants pour l’enfant et qu’elle souhaite lui transmettre sous pli fermé, qui sera remis ensuite au correspondant départemental du Conseil National pour l’Accès aux Origines Personnelles (CNAOP), ou en son absence à un professionnel de la maternité.

Ces informations sont tenues secrètes. Ce n’est que si l’enfant formule une demande d’accès à ses origines que le pli fermé peut être ouvert par un membre du CNAOP. À tout moment, la mère peut s’adresser au correspondant CNAOP du conseil départemental à qui elle a remis le pli fermé pour donner d’autres informations. Ces informations font l’objet d’un nouveau pli fermé. Toute information laissée dans le pli fermé ne peut être ni supprimée, ni retirée du dossier de l’enfant. La mère conserve cependant le droit de refuser tout contact et de conserver son anonymat.

Les frais d’hébergement et d’accouchement sont pris en charge par le service de l’ASE du département. Toutefois, cette prise en charge n’est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l’enfant figure dans l’acte de naissance établi dans le délai légal de trois jours fixé par le Code civil.

**Texte(s) de référence**

Code civil, art. 326  
CSP., art. R. 1112-28  
CASF., art. L. 222-6 et L. 223-7

## **Article 65 – Admission des femmes pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Des IVG sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires jusqu'à la fin de la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse.

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

Le médecin ou la sage-femme sollicité par une femme en vue de l'IVG grossesse doit, dès la 1ère visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse, des risques et effets secondaires potentiels.

Le médecin ou la sage-femme doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins 1 fois par an.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires.

Est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une IVG ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne.

**Texte(s) de référence**

Loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement  
Code de la sécurité sociale., art. L. 132-1  
CSP., art. L. 2212-1 et suivants, L. 2213-1 et 2, L. 2223-2

## **SOUS-SECTION 7 : Dispositions relatives aux militaires**

### **Article 66 – Admission des militaires**

Les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du centre hospitalier, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires ou, à défaut, à la gendarmerie. L'admission est prononcée sans formalité particulière.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R.1112-29

## **SOUS-SECTION 8 : Dispositions relatives aux majeurs protégés**

### **Article 67 – Information et consentement des majeurs sous tutelle**

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Celui-ci reçoit l'information conformément aux dispositions du présent règlement.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement.

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

### **Article 68 – Prise en charge des majeurs protégés**

Conformément aux dispositions du Code civil, si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner en qualité de curateur ou de tuteur la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet.

Le préposé en charge des mesures de protection juridique au sein de l'hôpital, appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, est choisi par le directeur parmi le personnel administratif titulaire.

Les informations nécessaires à la prise de décision sont adressées en 1ère intention au majeur protégé. L'information doit être adaptée de façon qu'il puisse consentir personnellement, s'il est en état de le faire. L'information peut être délivrée également à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation. Dans le cas d'une mesure de protection juridique avec assistance, l'information peut être délivrée à la personne chargée de cette mesure si le majeur protégé y consent.

Dans le cas d'un patient majeur protégé victime de violences ou maltraitances, la situation est assimilée à celle de la victime mineure. Un signalement peut donc être effectué dans les mêmes conditions, auprès des mêmes personnes. Son accord n'est pas nécessaire.

**Texte(s) de référence**  
Code pénal., art. 226-14

## **SOUS-SECTION 9 : Dispositions relatives aux auditions de patients par la police**

### **Article 69 – Auditions par les autorités de police**

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement.

En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient.

L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit, conformément aux dispositions de la Charte « Hôpital Police Justice Gendarmerie ».

Cet avis est immédiatement transmis au directeur.

## **SOUS-SECTION 10 : Autres cas particuliers d'admission**

### **Article 70 – Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires**

Des patients non-résidents en France peuvent être admis au sein de l'hôpital dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État (AME).

### **Article 71 – Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)**

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- Faire examiner les enfants par un médecin
- Préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance
- Faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance.

### **Article 72 – Admission au sein de l'unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR)**

L'admission au sein d'une unité de soins médicaux et de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.

Les admissions dans cette unité ne sont prononcées qu'après accord du praticien responsable de la structure médicale concernée.

## **SECTION 2 : SOINS ET INFORMATIONS SUR LES SOINS**

### **SOUS-SECTION 1 : Accueil et admission**

#### **Article 73 – Information du patient**

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Elle incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Elle doit être loyale, claire et appropriée à l'état du malade. Le médecin s'assure que le patient a bien compris l'information donnée.

Elle porte sur :

- L'état du patient et son évolution prévisible,
- La description et le déroulement des différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés,
- Leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences et inconvénients,
- Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.
- Les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge. En chirurgie esthétique, un devis détaillé doit lui être remis.
- Le nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins.

La traçabilité de l'information médicale donnée au patient est assurée dans le dossier patient.

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

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.

**Texte(s) de référence**

Loi 2002-303 du 4 mars 2002

CSP., art. L. 1111-2 à 4, L. 1111- 7, R. 1112-2, L. 1110-4, R. 1112-42, L. 1111-3, L. 6322-2, R. 4127-35

## **Article 74 – Dossier médical du patient**

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Ce dossier comprend notamment les informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences et comporte l'identification du patient, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir. Le contenu détaillé est fixé par les articles R. 1112-2 et R. 1112-3 du code de la santé publique.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

- Dossier médical du patient : 20 ans à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe. Si la durée de conservation s'achève avant le 28e anniversaire de son titulaire, la conservation est prorogée jusqu'à cette date
- Dossier médical du patient décédé : 10 ans à compter de la date du décès au sein de l'établissement.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'établissement, conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément aux règles prévues à l'article ci-dessous.

Tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement entraîne une suspension des délais.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-2 et -7

### **Traitements automatisés des données à caractère personnel**

Les données personnelles confiées aux établissements du GHT lors des venues des patients en consultation ou hospitalisation sont enregistrées et conservées dans le système d'information de l'hôpital. Les données sont utilisées pour créer et maintenir le dossier médical du patient, gérer administrativement la prise en charge, organiser et piloter les services de soins et le parcours de soins.

Afin d'améliorer la qualité du parcours de soins, l'hôpital peut également être amené à transmettre ces données à des professionnels exerçant en dehors et intervenant dans la prise en charge et notamment au médecin traitant du patient. Les informations concernant les patients sont susceptibles d'être envoyées chez un hébergeur de données agréé à cet effet.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, et d'un droit à définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au directeur de l'établissement.

En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, les patients peuvent contacter le Délégué à la Protection des données (DPO) par mail à l'adresse suivante : [dpo@ght-cdn.fr](mailto:dpo@ght-cdn.fr) . Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## **Article 75 – Utilisation et accès au Dossier Patient Informatisé (DPI)**

Le DPI contient des données personnelles et médicales confidentielles protégées par le secret professionnel. L'accès à ces dossiers est strictement limité aux professionnels participant à la prise en charge du patient concerné et dans la limite des droits qui leur sont attribués en fonction de leur mission, conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Sont considérées comme des connexions illégitimes au DPI et donc interdites :

- La consultation du dossier d'un patient sans lien avec sa prise en charge directe ;
- L'accès aux dossiers de membres du personnel, de proches, de connaissances ou de personnalités par curiosité ;
- L'utilisation des identifiants d'un autre professionnel ;
- La communication à des tiers non autorisés d'informations issues des DPI ;

Tous les accès aux DPI font l'objet d'une traçabilité et sont contrôlés régulièrement par le biais d'audits aléatoires.

### **Procédure d'accès exceptionnel**

Tout accès sortant du cadre habituel doit faire l'objet d'une demande préalable écrite auprès de la hiérarchie et du DPO. Cette demande doit être motivée et documentée. L'accès ne pourra être effectué qu'après autorisation formelle.

En cas de situation d'urgence vitale, les professionnels peuvent se référer à la procédure existante.

### **Rappel des obligations légales et déontologiques**

Les connexions illégitimes à un DPI constituent une violation du secret médical, une atteinte à la vie privée des patients, une infraction passible de sanctions pénales ainsi qu'un manquement aux obligations déontologiques des professionnels de santé.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1110-4, L. 1110-12, L. 1112-2 ; R. 1112-2 ; c. civ., art. 9 ; c. pén., art. 226-13  
Recommandations de la CNIL, RGPD

## **Article 76 Communication du dossier médical**

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé, détenues à quelque titre que ce soit, par le centre hospitalier et les professionnels qui y exercent.

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ; ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

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

Elle a lieu :

- Soit par consultation gratuite sur place ;
- Soit par l'envoi par le centre hospitalier de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents.

À la fin de chaque séjour hospitalier, les pièces du dossier médical, ainsi que toutes les autres jugées nécessaires sont adressées, dans un délai de 8 jours, au praticien que le patient ou son représentant légal a désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces documents sont établis et demeurent dans le dossier du patient.

En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA).

#### **Modalités spécifiques de communication**

S'il s'agit d'une personne mineure (sous réserve de l'opposition prévue aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1) : le droit d'accès au dossier est exercé par le/les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Si le patient est décédé : l'ayant droit souhaitant connaître les causes de sa mort, défendre la mémoire du défunt et/ou faire valoir ses droits, a accès aux seuls éléments du dossier médical nécessaires à la réalisation d'un tel objectif, sauf opposition du patient de son vivant.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. L. 1111-7, R. 1111-7

### **Article 77 – Le dossier médical partagé (DMP)**

Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, chaque personne dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1470-5 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé. Le DMP est intégré à l'espace numérique de santé dont il constitue l'une des composantes.

L'espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal.

Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, chaque professionnel de santé reporte dans le DMP, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

Le DMP comporte les éléments précisés à l'article R. 1111-42 du CSP mais également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus, aux directives anticipées et à la personne de confiance.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. L. 1111-13 et suivants, R. 1111-40 à 43

## Article 78 – Relations avec les proches et ayant-droit

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

Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du malade. Si le malade, majeur, a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication.

Sur demande écrite, les ayants-droits d'un malade décédé peuvent - comme indiqué *supra* - accéder à des éléments du dossier médical. Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

### Texte(s) de référence

CSP., art. R. 1112-44, L. 1110-4, L. 1111- 6 et L. 1142-4

## Article 79 – Relations avec les médecins traitants

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

À la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre est remise directement au patient au moment de sa sortie. Le cas échéant, le patient peut demander au praticien qu'il désigne d'être le destinataire de ces informations : dans ce cas, les informations sont transmises par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade.

Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du malade. Le médecin traitant peut – après accord du chef de service concerné, du médecin pratiquant l'acte et du malade ou de ses représentants légaux – assister aux actes médicaux à caractère invasif que le malade subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

### Texte(s) de référence

CSP., art. R. 1112-6

## Article 80 – Le secret à l'hôpital

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

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

### Entre professionnels de santé

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

- Lorsque les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

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

#### **Avec les proches ou la famille**

- En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.
- En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès.

Par ailleurs, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé.

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

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale, sous réserve des dispositions prévues par la loi.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. L. 1110-4, L. 1110-12

### **Article 81 – Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales**

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.

Cette information 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 choix.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. L. 1142-4

### **Article 82 – Traitement des plaintes et réclamations, voies de recours**

Toute personne accueillie au sein de l'hôpital (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au directeur.

Au sein de l'établissement, la CDU veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches. Les observations exprimées par les patients sont

selon leur nature examinées par le directeur, le médiateur médical ou non médical ou par la CDU. Une réponse motivée est adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'agit :

- D'une contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ;
- De tout litige ou de toute difficulté qui naît à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou de l'hôpital à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins et les demandes d'indemnisation formées devant l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.

Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès du directeur de l'hôpital sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1112-3, L. 1142-4 à 8, L. 1142-28 R. 1112-79, R. 1142-13 et suivants

## **Article 83 – La médiation**

Un médiateur médical et un médiateur non médical sont désignés au sein de l'hôpital par le directeur.

Le médiateur médical et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au sein de chaque établissement du GHT ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de 5 ans. Ils ne doivent pas exercer au sein du même service.

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

### **Le rôle des médiateurs médicaux et non-médicaux :**

- Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes/réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service.
- Le médiateur non-médical est compétent pour connaître des plaintes/réclamations étrangères à ces questions. Certaines plaintes peuvent motiver la saisie simultanée des deux médiateurs.
- Le médiateur (saisi par le représentant légal de l'établissement ou l'auteur de la plainte/réclamation) rencontre le plaignant dans les 8 jours de la saisine, sauf impossibilité pour le plaignant. Si la plainte est formulée par un patient hospitalisé, dans la mesure du possible, cette rencontre doit intervenir avant sa sortie de l'établissement.
- Le médiateur adresse dans les 8 jours suivant la rencontre le compte-rendu de celle-ci au président de la commission, qui le transmet sans délai avec la plainte/réclamation aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

### **Suites données au rendez-vous de médiation :**

- Au vu de ces documents, et après avoir le cas échéant rencontré le plaignant, la commission formule des recommandations en vue, soit :
  - d'apporter une solution au litige
  - d'informer l'intéressé des voies de conciliation ou de recours

- d'émettre un avis motivé de classement du dossier.
- Dans le délai de 8 jours après la séance de la commission, le directeur répond à l'auteur de la plainte/réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Ce courrier sera également transmis aux membres de la commission.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-79 à 80, R. 1112-82 et suivants, R. 1112-92 à 94

### **Article 84 – Représentants des usagers**

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées.

Les représentants des usagers doivent pouvoir être saisis aisément et de façon directe par les usagers. Un affichage est réalisé dans chaque établissement avec les coordonnées des représentants des usagers.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1114-1 et R.1112-83

## **SOUS-SECTION 2 : Consentement aux soins**

### **Article 85 – Dispositions générales**

Le patient prend, avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

**Texte(s) de référence**

Charte de la personne hospitalisée  
CSP., art. L. 1111-4

### **Article 86 – Dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté**

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Par ailleurs, le médecin doit tenir compte des directives anticipées rédigées par le patient, pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant.

### **Article 87 – Refus de soins**

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le médecin doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix et de leur gravité.

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

la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

En cas de refus persistant et en situation extrême mettant en jeu le pronostic vital, le médecin prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger ; il peut passer outre l'absence de consentement lorsqu'il accomplit un acte indispensable à la survie du malade et proportionné à son état.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche. Les modalités de sa sortie sont précisées à la section 4 de ce chapitre, intitulée « Sortie des patients ».

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1111-4, R. 1112-43, R. 1112-16

### **Article 88 – Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs**

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale.

Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence.

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Mais le consentement du mineur doit être toujours systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Il s'agit du seul consentement nécessaire lorsque la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle. 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 choix. En cas de refus de soins du mineur accompagné de cette personne et lorsque le pronostic vital est en jeu, le médecin prend en conscience les décisions nécessaires et s'il y a lieu accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1111-4 et 5

### **Article 89 – Consentement aux interventions médicales et chirurgicales des majeurs sous tutelle**

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

## Article 90 – Actes médicaux et chirurgicaux d’urgence sur des mineurs

En cas d’urgence et d’impossibilité de joindre les titulaires de l’exercice de l’autorité parentale ou de refus de leur part de signer l’autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents.

La décision d’intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l’exercice de l’autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur et contresignée par le directeur et ce praticien.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d’intervenir en urgence », en précisant la date et l’heure. Il certifie sur le même document qu’il n’a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l’autorité parentale, en précisant la date et l’heure ou, le cas échéant, que ce dernier s’est opposé à l’intervention.

## SOUS-SECTION 3 : Dispositions spécifiques à la fin de vie

### Article 91 – Les directives anticipées

Pour le cas où elle serait un jour hors d’état d’exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées. Elles informent sur la volonté de la personne sur les décisions médicales relatives à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l’arrêt ou du refus de traitements ou d’actes médicaux dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s’exprimer.

Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d’Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Le modèle est disponible sur le site du Ministère de la Santé et dans les services des établissements du GHT.

Elles sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen. Leur validité n’est pas limitée dans le temps.

Les directives anticipées s’imposent au médecin pour toute décision d’investigation, d’intervention ou de traitement, sauf en cas d’urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d’application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l’issue d’une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Elles peuvent être conservées :

- Dans l’espace du dossier médical partagé de la personne ;
- Par un médecin de ville ;
- Dans le dossier médical du patient en cas d’hospitalisation ;
- Dans le dossier de soins en cas d’admission dans un établissement médico-social ;
- Par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance, à un membre de la famille ou à un proche.

#### Texte(s) de référence

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

CSP., art. L. 1111-11, R. 1111-17 à 20 et R. 4127-37-1

## Article 92 – La lutte contre la souffrance

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un malade en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

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.

Si le patient exprime la demande d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable : une décision de sédation profonde et continue jusqu'au décès (dont arrêt de l'ensemble des traitements) peut être mise en œuvre dans 2 cas, selon des conditions cumulatives tenant au caractère de l'affection et au degré de la souffrance. Il s'agit notamment des situations où :

- Le patient, atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements.
- Lorsque la décision d'arrêter un traitement du patient atteint d'une affection grave et incurable engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

La procédure collégiale doit être respectée.

### Texte(s) de référence

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

CSP., art. L. 1110-5 et suivants, L. 1110-10, L. 1111-4 et R 4127-37.

## Article 93 – Limitation et/ou arrêt des traitements

Lorsque le patient est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix ; la décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

Lorsque le malade en fin de vie est inconscient, hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et avoir consulté les directives anticipées de la personne. En l'absence de rédaction de ces dernières, il doit consulter la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

Dans le cas d'une personne inconsciente n'ayant manifesté aucune volonté, la décision finale revient au médecin en charge du patient. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

Le médecin doit alors assurer la sauvegarde de la dignité du mourant et la qualité de la fin de sa vie en dispensant des soins palliatifs.

### Texte(s) de référence

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

CSP., art. L. 1110-5 et suivants, L. 1110-10, L. 1111-4 et R 4127-37.

## **SOUS-SECTION 4 : Qualité des soins**

### **Article 94 – Droit du malade à des soins de qualité**

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

### **Article 95 – Prise en charge de la douleur**

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé du centre hospitalier mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

### **Article 96 – Droit aux soins palliatifs**

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié.

## **SOUS-SECTION 5 : Transfusions sanguines**

### **Article 97 – Produits sanguins labiles (PSL)**

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'EFS auquel l'établissement hospitalier est rattaché.

Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement. Dans le cadre de la transfusion autologue différée, le sang est conservé par le site transfusionnel de l'EFS ou le dépôt du centre hospitalier. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue.

Il n'est pas possible pour les patients de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe.

### **Article 98 – Respect des bonnes pratiques transfusionnelles au sein des établissements**

Les correspondants d'hémovigilance de chaque établissement sont garants du respect des bonnes pratiques transfusionnelles au sein des services transfuseurs. L'acte transfusionnel est un acte médical qui peut être délégué à un(e) infirmier(e) ou une sage-femme sous la responsabilité d'un médecin. Les professionnels transfuseurs sont régulièrement formés et évalués pour garantir la bonne réalisation des transfusions. La prescription médicale de PSL fait l'objet d'une analyse systématique du bénéfice/risque afin de s'assurer que chaque transfusion soit justifiée par la situation clinique du patient. Hors urgence vitale, ce dernier est informé en amont de l'acte transfusionnel et son consentement est systématiquement recherché et tracé.

Tout évènement indésirable survenant au cours d'une transfusion de PSL est signalé au correspondant d'hémovigilance de l'établissement qui informe immédiatement l'EFS et déclare l'évènement sur la plateforme nationale dédiée. Ce système de déclaration permet d'améliorer continuellement la qualité des produits transfusés et de renforcer la sécurité transfusionnelle dans nos établissements.

## **Article 99 – Organisation de la sécurité transfusionnelle sur le GHT**

La sécurité transfusionnelle a pour objectif d'identifier les dangers ayant causé, causant ou susceptible de causer des incidents ou des effets indésirables qui ont menacé, menacent ou peuvent menacer la santé des donneurs ou des receveurs afin d'en éliminer ou d'en réduire les risques associés.

Les CH de Flers et de Vire disposent chacun d'un dépôt de sang relais et urgence pour assurer la sécurité transfusionnelle de leurs patients. Chaque dépôt de sang a établi une convention avec l'EFS Haut de France/Normandie – Site de Caen afin de formaliser la gestion des dépôts. Chaque dépôt bénéficie également d'une autorisation de fonctionnement délivrée tous les 5 ans par l'ARS. Afin de s'assurer de leur conformité de fonctionnement, les dépôts de sang sont contrôlés annuellement par l'EFS et au moins une fois tous les 5 ans par l'ARS.

Au sein de chaque dépôt, le stock de PSL d'urgence vitale est défini, en accord avec l'EFS, en fonction des activités à risque de chaque établissement (maternité, plateau technique interventionnel, réanimation, services d'urgence adultes ou enfants).

Le CHIC des Andaines ne dispose pas de dépôt de sang. Les besoins transfusionnels de l'hôpital sont assurés par l'EFS d'Alençon avec une mise à disposition des PSL en 2h en cas d'urgence relative.

## **SECTION 3 : CONDITIONS DE SÉJOUR DU PATIENT AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DU GHT COLLINES DE NORMANDIE**

### **SOUS-SECTION 1 : Principes régissant le séjour**

#### **Article 100 – Les règles de vie au sein de l'établissement**

La vie hospitalière impose le respect des règles essentielles de la vie en collectivité. Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service. Cela implique également l'interdiction de porter atteinte aux biens, équipements et installations de l'établissement.

Les patients doivent respecter un comportement opportun dans l'intérêt général et doivent veiller, pendant leur séjour au sein de l'hôpital, à :

- Adopter un comportement et tenir des propos n'apportant aucune gêne aux autres malades ou au fonctionnement du service ;
- Ne proférer aucune injure, attaque, menace ou violence envers les personnels dans l'exercice de leurs fonctions ;
- Respecter une stricte hygiène corporelle ainsi que les recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales ;
- Porter une tenue vestimentaire décente au cours de déplacement dans l'enceinte de l'établissement ;
- Ne pas se déplacer dans la journée hors du service sans l'autorisation d'un membre du personnel soignant. À partir du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service, autant que faire se peut ;
- Maintenir en bon état les locaux et objets mis à leur disposition : des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire.

Les patients doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la

responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

#### **Le respect de l'environnement extérieur de l'hôpital**

Les espaces extérieurs de l'hôpital doivent être préservés. Aucun détrit (papiers, bouteilles, mégots ou autres) ne doit y être laissé, pour la sauvegarde des lieux et pour la sécurité des personnels.

Il est demandé à toute personne circulant à l'intérieur des sites de ne pas dégrader l'environnement extérieur.

#### **L'interdiction des pourboires**

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades ou leur famille, à titre de gratification.

En revanche, l'hôpital peut recevoir, conformément à la législation en vigueur, des dons (financiers, mobiliers ou immobiliers) provenant de la générosité du public.

#### **Les produits toxiques et illicites**

Il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des établissements de l'hôpital pour tous les patients. Cette interdiction s'applique dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail. Elle s'étend à la cigarette électronique.

Par ailleurs, la détention et la consommation d'alcool, de drogue et des tous les produits illicites est formellement interdite dans l'enceinte de l'établissement.

#### **Les animaux**

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital.

#### **Texte(s) de référence**

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

CSP., art. L. 6141-2-1, R. 1112-41 à 52

### **Article 101 – La liberté d'aller et venir**

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit au sein de l'établissement.

Dans tous les cas, toute restriction de liberté, à l'admission ou pendant le séjour, doit être expliquée et le consentement ou la participation de la personne à la décision doit être recherché par tout moyen.

Lorsque la personne n'est pas en mesure de donner son consentement à l'admission, les procédures suivies pour aboutir à l'approbation de la personne et de sa famille doivent être explicites.

Les motifs médicaux de restriction à la liberté d'aller et venir sont rares et doivent être des exceptions.

Des conditions spécifiques sont applicables en cas d'hospitalisation sous contrainte dans les établissements de santé mentale.

### **Article 102 – Respect de la personne et de son intimité**

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés. Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré- et

postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

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

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

L'hôpital prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

### **Article 103 – Médicaments apportés par le patient**

Tous les médicaments apportés par le patient doivent être systématiquement remis au personnel soignant de l'unité, dans un sac identifié nominativement. À défaut, le personnel soignant procède à cette identification.

### **Article 104 – Les repas**

Les repas sont servis individuellement au lit du patient. Dans certains services (exemple : soins médicaux et de réadaptation), ils peuvent être pris en salle à manger selon le degré d'autonomie du patient et sa volonté. Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande, moyennant paiement et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par l'établissement, en fonction du coût réel des prestations fournies. Le tarif est affiché dans chaque service.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus (comprenant, entre autres, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service, en liaison avec le comité alimentation – nutrition. L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, dans le respect des croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

### **Article 105 – Pratiques religieuses et traditionnelles**

Les usagers accueillis au sein de l'établissement ont droit au respect de leurs croyances. Ils doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité et d'hygiène.

Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. Le centre hospitalier prévoit un local d'accès aisé et de dimensions suffisantes qui puisse servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux patients, quelle que soit leur confession.

La liste des représentants des différents cultes, agréés par le directeur, est à la disposition des patients (affichée dans les services ou sur demande auprès des équipes).

Les aumôniers intervenant au sein de l'hôpital ne peuvent pas faire de prosélytisme : toute forme de prosélytisme, même non-violente, est sanctionnée.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-46

Circulaire DGOS/RH4 n° 2011-536 relative à la charte des aumôneries dans les établissements de santé

## **SOUS-SECTION 2 : Accès des personnes étrangères à l'hôpital**

## Article 106 – Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Il en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. Le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à une visite que si elle constitue une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ou si le médecin responsable de la prise en charge du patient ou, à défaut, tout autre professionnel de santé estime qu'elle constitue un risque pour la santé de la personne hospitalisée, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent. Une telle décision, motivée, est notifiée sans délai au patient et à la personne sollicitant la visite.

En-dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), sur consultation du responsable de la structure médicale concernée. Ces dérogations peuvent notamment être délivrées (avec accord du médecin lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service) lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans.

Le droit aux visites peut être restreint :

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

Dans le cas où le patient ne souhaite pas recevoir la visite de certaines personnes qu'il désigne, il peut en faire la demande auprès du cadre de santé.

### Texte(s) de référence

CSP., art. L. 1112-2-1

## Article 107 – Recommandations aux visiteurs

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

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

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients des boissons alcoolisées, des produits toxiques et des substances stupéfiantes, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

### Texte(s) de référence

CSP., art. R. 1112-47 et 48

## Article 108 – Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du centre hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et l'organisme dont dépend le stagiaire.

Dans le cas d'une demande de stage émanant d'une personne ne relevant d'aucun établissement ou organisme ou à défaut d'une convention générale régissant la situation, une autorisation peut être accordée à titre exceptionnel, mais cette autorisation de stage et les conditions de son déroulement doivent faire l'objet d'un document écrit, valant accord de la direction concernée.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

### **Article 109 – Associations de bénévoles**

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

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein de l'établissement doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec l'hôpital une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent fournir au directeur une liste nominative des personnes qui interviendront au sein du centre hospitalier.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Les associations assurent la sélection des bénévoles qu'elles mandatent, garantissent le suivi et l'encadrement de leurs équipes. Les bénévoles sont astreints au secret professionnel.

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

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1110-11 et 1112-5, R. 1110-4 CSP  
Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 04 octobre 2004 (convention-type)

## **SOUS-SECTION 3 : Règles diverses**

### **Article 110 – Neutralité et laïcité du service public**

Toute personne est tenue au sein de l'établissement au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Conformément à ce principe :

- Les visites des élus dans l'enceinte de l'établissement ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du conseil de surveillance ne peuvent effectuer en cette qualité des visites au sein du centre hospitalier que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le conseil de surveillance ;
- Les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'établissement sauf autorisation expresse du directeur ;

- Le service public est laïc. Il en résulte que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein de l'établissement, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public ;
- Le choix du médecin par le patient ne peut être fondé sur des motifs discriminatoires ;
- L'expression des convictions religieuses d'un patient ne doit pas porter atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiène ;
- L'expression des convictions religieuses d'un patient ne doit pas porter atteinte à la tranquillité des autres patients et de leurs proches.

**Texte(s) de référence**

Circulaire DHOS/G/2005/57 du 02/02/2005 relative à la laïcité

### **Article 111 – Droits civiques**

Les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du centre hospitalier leur droit de vote par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité. Cette demande doit être formulée par écrit et accompagnée d'un certificat médical ou de tout document officiel justifiant que l'électeur est dans l'impossibilité manifeste d'aller voter. Le mandant doit se munir d'une pièce d'identité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du centre hospitalier, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

**Texte(s) de référence**

Code électoral., art. L. 71, R. 72 et R. 73  
Code civil., art. 75

### **Article 112 – Droit à l'information**

Tout usager de l'hôpital peut exercer son droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi. L'hôpital doit mettre à disposition et diffuser auprès des usagers les textes juridiques qui leur sont applicables.

Tout usager a également le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui le concerne, sauf exception liée à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

### **Article 113 – Prestataire de service au sein des établissements du GHT**

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein du centre hospitalier et en définit les conditions d'accès et d'exploitation. Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil.

### **Article 114 – Téléphone**

Des téléphones peuvent, à leur demande, être mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans le centre hospitalier, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les éteindre dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels. Par ailleurs, l'utilisation des téléphones portables dans les locaux où elle n'est pas interdite est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques définies par la direction après avis des responsables médicaux concernés.

Le centre hospitalier met en place une signalétique adaptée pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application en toutes circonstances.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein de l'hôpital doivent veiller à ne pas provoquer de ce fait de gêne pour les autres personnes, tout particulièrement en soirée et la nuit.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-54

### **Article 115 – Usage des téléviseurs et WIFI**

Les appareils de télévision sont à louer, aussi aucun autre appareil ne peut être introduit à l'hôpital. En aucun cas, les récepteurs de télévision ou de radio ou d'autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins. Ainsi, le patient désirant regarder la télévision dans leur chambre ou avoir accès au WIFI doit se référer au livret d'accueil pour en connaître les modalités d'acquisition.

Au sein du CH de Flers, l'accès télévision est donné par la Bulle (cafétéria). Au sein du CHIC, la demande est à réaliser auprès du personnel du service. Au sein du CH de Vire, il convient de s'adresser au standard.

En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-55

## **SECTION 4 : SORTIE DES PATIENTS**

### **Article 116 – Décision et modalités de sortie**

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur le dossier administratif du patient.

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

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables

à la continuation des soins. Le bulletin de sortie ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical.

Le médecin traitant est informé par la lettre de liaison après la sortie du patient des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit le plus tôt possible toutes les informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance du malade s'il y a lieu.

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

En cas de dépôt à la trésorerie de l'établissement, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur.

Le formulaire remis avec le livret d'accueil et destiné à recueillir les appréciations et observations du malade peut être déposé dans les urnes prévues à cet effet. Ces formulaires sont exploités et peuvent être consultés par les autorités de tutelle.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-1-2, R. 1112-58 CSP, R. 1112-59 à 61, R. 1112-66 et R. 1112-67

### **Article 117 – Autorisation temporaire de sortie**

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maximale de 48 heures.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur général.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon des modalités spécifiques.

### **Article 118 – Sortie contre avis médical ou après refus de soins**

#### **Sortie contre avis médical**

À l'exception des mineurs (sauf cas d'admission discrète) et des patients sous protection de justice, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le centre hospitalier.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, le patient doit signer une décharge. Elle consigne sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels encourus ainsi que de l'invitation à se mettre en relation avec son médecin traitant.

La sortie est alors prononcée par le directeur ou son représentant. Dans la mesure où le service a connaissance des coordonnées du médecin traitant, il convient de l'informer de la situation.

En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par 2 témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

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

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

#### **Sortie après refus de soins**

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent de l'hôpital.

Le médecin en informe immédiatement le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

**Texte(s) de référence**

Code pénal., art. 223-6

CSP., art. R. 1112-62, R. 1112-65 et L. 1111-5

### **Article 119 – Sortie à l'insu du service**

Au cas où un patient quitte l'hôpital sans prévenir et que cette situation crée un danger pour lui ou autrui, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du centre hospitalier et de ses abords immédiats.

Les faits sont immédiatement signalés aux cadres de santé qui en informent le directeur de garde. Un rapport sera adressé dans les 24 heures au Directeur Général ou à son représentant.

**Dans le cas d'un patient majeur, si les recherches sont restées vaines :**

- Si le médecin estime que l'état du patient permet sans danger cette sortie : le patient est déclaré sortant.
- Si le médecin estime que cette sortie sans autorisation met en danger l'intégrité physique du patient, ou de son enfant pour une parturiente, ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées par le service de soins auprès de la famille, puis, si nécessaire par la gendarmerie.

**Dans le cas d'un patient mineur, si les recherches sont restées vaines :**

La famille doit immédiatement être prévenue par le service de soins. Si la personne exerçant l'autorité parentale signe l'attestation prévue pour les sorties contre avis médical, l'enfant est déclaré sortant. La gendarmerie est également alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie contre avis médical. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient. La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le centre hospitalier, à minuit.

### **Article 120 – Sortie par mesure disciplinaire**

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-49

## **SECTION 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX FRAIS DE SÉJOUR**

### **Article 121 – Information**

Le patient ou sa famille a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et sur les conditions de leur prise en charge.

### **Article 122 – Tarifs des consultations externes**

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital sont affichés ; ils correspondent aux tarifs appliqués par les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés avec l'Assurance maladie.

Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site.

Lorsqu'il bénéficie d'un « tiers payant » pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers. Le service social hospitalier peut intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes.

### **Article 123 – Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale**

Les malades admis en hospitalisation ou reçus en consultation au titre de l'activité libérale des praticiens sont tenus de régler les honoraires afférents.

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

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

### **Article 124 – Forfait journalier**

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour. Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

Le forfait journalier doit être réglé à l'agent administratif chargé des admissions du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

#### **Texte(s) de référence**

Code de la sécurité sociale, art. L. 174-4

### **Article 125 – Paiement des frais de séjour et provisions**

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au centre hospitalier par le patient ou par un tiers payeur. En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie du centre hospitalier exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

## **SECTION 6 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET AUX DECES**

### **SOUS-SECTION 1 : Dispositions relatives aux naissances**

#### **Article 126 – Déclaration de naissance – Cas général**

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée par un agent chargé de l'état civil ou à leur demande par le père ou la mère, conformément aux dispositions du Code civil, dans les 5 jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un agent du centre hospitalier à la mairie de Flers.

Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d’inscription des naissances tenu par l’hôpital.

**Texte(s) de référence**  
Code civil., art. 55 et 56

### **Article 127 – Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale**

Si l’enfant est né vivant et viable, mais qu’il est décédé avant l’établissement d’une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l’enfant est né vivant et viable et qu’il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès. L’officier d’état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s’il n’a vécu que quelques instants et quelle qu’ait été la durée de la gestation.

En l’absence de certificat attestant que l’enfant est né vivant et viable, l’officier de l’état civil établit un acte d’enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d’un certificat médical attestant l’accouchement de la mère. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l’accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s’il y a lieu, ceux du déclarant. L’acte dressé ne préjuge pas de savoir si l’enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l’effet de statuer sur la question.

Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

La déclaration d’enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l’hôpital ; le registre précisera, notamment, l’auteur et la date du certificat médical d’accouchement ainsi que la date, l’auteur de la remise de ce certificat et le nom de la personne en ayant été destinataire.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. R.1112-72, code civil., 79-1  
Loi 93-22 du 08 janvier 1993 ; circulaire DGS n° 50 du 22 juillet 1993  
Décret n°2008-800 du 20 août 2008  
Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009

## **SOUS-SECTION 2 : Dispositions relatives aux décès**

### **Article 128 – Attitude à suivre à l’approche du décès**

Lorsque l’état du patient s’est aggravé et qu’il est en fin de vie, il est transporté dans une chambre individuelle avec toute la discrétion souhaitable. La famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du centre hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l’aggravation de son état.

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

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l’assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du centre hospitalier et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à

disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R.1112-68 et 69, R. 1112-63

### **Article 129 – Annonce du décès**

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

La notification du décès est faite :

- Au consulat ou à l'ambassade le plus proche : en l'absence de famille connue, si la famille ne réside pas en France dans le cas de personne de nationalité étrangère ;
- À l'autorité militaire compétente : pour les militaires ;
- Au président du Conseil départemental : pour les mineurs relevant d'un service départemental d'ASE ;
- Au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel : pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger ;
- À la famille et au mandataire spécial : pour les personnes placées sous sauvegarde de justice ;
- Au tuteur ou au curateur : pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle ;
- Aux services de police : pour les personnes non identifiées (avec mention sur le certificat de décès de l'obstacle médico-légal).

Si la personne décède à l'hôpital et que personne ne vient récupérer le corps du défunt dans un délai de 10 jours, les professionnels de santé sont tenus de prévenir le maire du lieu de décès.

Conformément à l'article 80 du Code civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial. Celui-ci est transmis dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-69, R. 1112-73 et R. 1112-71  
CGCT., art. L. 2213-7, L. 2223-27

### **Article 130 – Formalités entourant le décès**

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- Un bulletin d'identité du corps
- Un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 24 heures, sauf cas particulier.

Le certificat de décès peut également être établi par l'infirmier inscrit sur la liste du conseil départemental de l'Ordre des infirmiers remplissant les conditions (infirmiers diplômés d'Etat, inscrits au tableau de l'ordre, diplômés depuis au moins trois ans, accord de l'établissement et ayant suivi la formation nécessaire).

La signature par un infirmier n'est possible que lorsque la personne majeure est décédée à son domicile ou dans un EHPAD, à l'exclusion des situations où le caractère violent de la mort est manifeste. Lorsque l'infirmier ne parvient pas à établir seul les causes du décès, il fait appel, par tout moyen, à l'expertise d'un médecin, quel que soit le mode et le lieu d'exercice de ce dernier.

Un agent du centre hospitalier habilité transmet au service de l'Etat civil de la mairie de l'établissement concerné la déclaration de décès, rédigée par le service des admissions, ainsi que le certificat médical de décès.

**Texte(s) de référence**

Décret n° 2024-375 du 23 avril 2024 modifiant le décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023  
CSP., art. R. 1112-68 à R. 112-76-1  
Code civil., art. 80

### **Article 131 – Indices de mort violente ou suspecte**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient, le directeur ou son représentant, prévenu par le médecin chef du service, en avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du code civil.

### **Article 132 – Dépôt des corps à la chambre mortuaire**

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps est déposé, avant tout transfert, au sein d'une chambre mortuaire. De là, il ne peut être transféré hors de l'hôpital que dans les conditions prévues au présent règlement et avec les autorisations prévues par la loi.

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

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents du centre hospitalier prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du corps d'une personne qui est décédée au sein de l'établissement sont gratuits pendant les 3 premiers jours suivant le décès. Ce délai de gratuité commence à courir à l'issue de la dernière journée d'hospitalisation ayant donné lieu à facturation.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public.

**Texte(s) de référence**

CGCT., art L. 2223-39, R.2223-89, R.2223-94, et R. 2223-97  
Circulaire DH/AF 1 n° 99-18 du 14 janvier 1999

### **Article 133 – Transport sans mise en bière à domicile, en chambre funéraire ou dans un établissement extérieur**

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

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

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

Toutefois, le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer au transport au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille s'il estime que :

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

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers son domicile ou la résidence d'un membre de sa famille est subordonné :

- À la demande écrite de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile,
- À la détention d'un extrait du certificat de décès, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé,
- À l'accord du directeur de l'établissement au sein duquel le décès est survenu,
- À l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Sans préjudice des dispositions particulières, et quel que soit le lieu de dépôt du corps, le transport avant mise en bière du corps d'une personne décédée vers son domicile, la résidence d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire ne peut être réalisé sans une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps et dans les conditions prévues par les articles R. 2213-8, R. 2213-8-1, R. 2213-9 et R. 2213-11 du CGCT.

Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires et répondant aux conditions figurant dans le CGCT.

**Texte(s) de référence**

CGCT., art R. 2213-7 à 12, R. 2223-76, R. 2223-95

## **Article 134 – Mise en bière et transport après mise en bière**

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. En principe, le corps du malade décédé est mis en bière au niveau de la chambre mortuaire avant son transport pour inhumation ou incinération. Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit s'assurer au préalable de son retrait.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Quelle que ce soit la destination, le transport du corps en cercueil après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente, soit :

- Le maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil
- Le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain

**Texte(s) de référence**

Circulaire interministérielle du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.  
CGCT., art. R. 2213-15 à 2213-27  
Code civil., art. 78 et suivants

## **Article 135 – Organisation des opérations funéraires – Libre choix des opérateurs**

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service, et auquel elles règlent également directement les frais de convoi et d'obsèques.

Le centre hospitalier tient à la disposition des familles la liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilités, par agrément préfectoral, à fournir les prestations du service des pompes funèbres, ainsi qu'un guide des formalités à accomplir. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques, en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein de l'hôpital. Sont interdites les démarches à domicile ainsi que celles effectuées dans le même but sur la voie publique ou dans un lieu ou édifice public ou ouvert au public.

Il est également strictement interdit aux agents du centre hospitalier qui – à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions – ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages – de quelque nature que ce soit – pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

L'inhumation doit avoir lieu 6 jours au plus tard, après le décès (dimanche et jour férié non compris), sauf dérogation préfectorale limitée à des circonstances particulières. Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le centre hospitalier fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le centre hospitalier applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

### **Texte(s) de référence**

CGCT., art. L. 2223-33, R. 2223-32 et R. 2223-33  
CSP., art. R. 1112-68 à 76

## **Article 136 – Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale**

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps est obligatoire et s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté.

Si la famille détient un acte d'enfant sans vie, elle peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père.

En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement dispose de 2 jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci. Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder 4 semaines à compter de l'accouchement.

En cas d'absence d'acte d'enfant sans vie dressé par l'officier d'état civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge du centre hospitalier. Le choix de l'entreprise de pompes funèbres ou du crématorium par l'établissement se fait dans le respect du Code des marchés publics.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le centre hospitalier est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

**Texte(s) de référence**

Circulaire interministérielle du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus

### **Article 137 – Don du corps**

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination.

Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

**Texte(s) de référence**

CGCT., R. 2213-13  
CSP., L. 1261-1, R. 1261-1 à 33

### **Article 138 – Objets abandonnés ou déposés par le défunt**

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par 2 agents de l'hôpital. Les objets sont remis au service économique ou à la trésorerie qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque les personnes décédées au sein du centre hospitalier y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit au centre hospitalier.

Si un dépôt avait été effectué avant le décès, c'est le seul Trésor Public qui peut restituer ce dépôt aux héritiers sur justification de leurs droits. Les effets et objets mobiliers ayant appartenu au malade décédé peuvent être incinérés, avec établissement d'un procès-verbal lorsque la sécurité sanitaire impose cette mesure.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, 1 an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, à l'administration chargée des domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du centre hospitalier.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par le centre hospitalier, en qualité de dépositaire, pendant une durée de 5 ans après le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, 5 ans après la cession par le service des domaines ou la remise à la CDC, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, 6 mois au moins avant la remise des objets détenus par l'établissement au service des domaines ou à la CDC.

**Texte(s) de référence**

CSP., L. 1113-6 à 10, L. 6145-12 et R. 1113-6 et 7

## **Article 139 – Liberté des funérailles – Dispositions testamentaires**

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignand leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée.

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

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au centre hospitalier, au profit de structures médicales de leur choix. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse du centre hospitalier et des structures médicales bénéficiaires ou de toute autre condition émise par les patients, le centre hospitalier doit respecter scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents du centre hospitalier ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'établissement. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal judiciaire dans le ressort duquel s'est produit le décès, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

**Texte(s) de référence**

Code civil., art. 909

Code pénal., art. 433-21-1

Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles

## CHAPITRE III : DISPOSITIONS PARTICULIERES AU SECTEUR D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

### PRÉAMBULE

L'ensemble des dispositions du chapitre II du présent règlement s'applique, le cas échéant, au secteur hébergement des personnes âgées. Toutefois, les besoins spécifiques des personnes accueillies dans ce secteur rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour.

Tel est l'objet des articles qui composent le chapitre III du présent règlement, qui s'appliquent indifféremment, sauf mention contraire, à l'ensemble des résidents relevant de ces unités. Les articles suivants reprennent les dispositions du règlement de fonctionnement adopté par le Conseil de Surveillance du 31 mars 2023 et par les Conseils de la Vie Sociale de La Ferté Macé et de Domfront les 7 et 9 septembre 2023 ainsi que les dispositions du règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Carrouges.

Il est souligné d'une manière générale que les personnes accueillies dans ce secteur doivent avoir accès à tous les soins qui leur sont nécessaires, être pleinement associées autant que possible aux décisions qui les concernent et ne subir aucune discrimination.

Les dispositions relatives aux droits des patients leur sont pleinement applicables.

### SECTION 1 : ACTIVITÉ DU SECTEUR D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

#### Article 140 – Structuration du secteur

Plusieurs secteurs d'hébergement des personnes âgées sont installés sur les différents sites du GHT.

CH de Flers	CH de Vire	CHIC des Andaines	Carrouges
- 1 EHPAD (Maubert)	- 1 unité de Soins de Longue Durée (USLD) - 3 EHPAD (Canu, Saint Louis, Les Costils)	- 1 résidence autonomie (Le Val Vert) - 1 EHPAD sur le site de La Ferté Macé - 1 EHPAD sur le site de Domfront (Le Val Fleuri)	- 1 EHPAD (La Maison des Aînés)

Des places d'Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH) sont également disponibles à l'échelle du GHT.

#### Article 141 - Missions

Les unités d'hébergement de personnes âgées assurent l'hébergement des personnes âgées de plus de 60 ans (sauf dérogations particulières). Elles ont également pour vocation la surveillance médicale que nécessite l'état des résidents ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite un traitement d'entretien et une surveillance médicale, ainsi que des soins paramédicaux.

#### Article 142 – Dérogations à la limite inférieure d'âge pour l'accueil dans le secteur

Les personnes âgées de moins de 60 ans peuvent être admises en secteur établissement d'hébergement de personnes âgées après dérogations accordées par le président du Conseil départemental et de la caisse

d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Pour les personnes admises en unités de soins de longue durée, seule la dérogation du président du Conseil départemental est nécessaire.

Les personnes âgées de moins de 60 ans ne bénéficient pas de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le tarif journalier applicable pour ces personnes est fixé par le président du Conseil départemental.

## **SECTION 2 : DISPOSITIONS CONCERNANT LES HABITANTS**

### **Article 143 – Admission des habitants**

La demande d'admission est faite à l'aide du dossier unique national de demande d'admission en EHPAD qui comporte 2 volets : un volet administratif et un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un médecin hospitalier si la personne est hospitalisée. Le certificat médical doit être récent, il est remis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur.

Au vu de l'évaluation médico-psycho-sociale personnalisée, la commission des admissions qui se réunit, 1 fois par semaine, donne son avis sur l'entrée et l'orientation de la personne âgée vers la résidence adaptée.

L'admission est prononcée par le directeur ou son représentant, après avis de la commission d'admission et après présentation des pièces demandées figurant dans le contrat de séjour, dans la mesure des places disponibles.

La date d'arrivée de l'habitant est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si l'habitant décide d'arriver à une date ultérieure. La réservation d'une chambre est possible et un tarif de réservation est appliqué.

En cas de demande d'aide sociale, ce dossier comporte des dispositions particulières.

Une visite de pré admission peut être effectuée par du personnel paramédical (cadre, infirmier(e) coordinateur (trice), ergothérapeute, psychologue...) où réside la personne à accueillir (domicile, centre hospitalier, centre de soins de suite...) avant l'entrée définitive, ceci afin de préparer dans les meilleures conditions possibles son entrée.

Lors de l'entrée dans l'établissement, l'habitant, sa famille ou son représentant légal devront indiquer, en plus des renseignements d'Etat Civil, l'adresse des personnes à prévenir en cas d'urgence, du médecin traitant de l'habitant, des dispositions particulières à prendre en cas d'hospitalisation ou de décès. Il sera également signalé au personnel chargé des soins (infirmiers) les particularités du régime ou du traitement à respecter. L'habitant (ou son représentant légal) devra d'autre part pourvoir à tout traitement et/ou disposition médicale pendant au moins 24 heures.

### **Article 144 – Modalités d'admission**

L'établissement remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la Charte de la personne hospitalisée, la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, la Charte de bientraitance et les engagements de l'animation.

Lors de la constitution du dossier, sont remis à la famille et/ou au futur résident :

- Le livret d'accueil
- Le contrat de séjour
- L'engagement de payer
- Le règlement de fonctionnement.

Un état des lieux contradictoire est établi à l'entrée de l'habitant et un autre à la sortie.

Les modalités de résiliation sont définies dans le contrat de séjour.

Les admissions et les sorties définitives ont lieu tous les jours de la semaine sauf le samedi et le dimanche (ou jour férié), à un horaire programmé en concertation avec la Direction et/ou le service. Les admissions se feront de préférence en semaine.

Le consentement de l'habitant est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, en veillant à sa compréhension lors de l'admission et tout au long de son séjour concernant les actes médicaux, les traitements, l'animation...

Pour clôturer le dossier administratif, l'ensemble des pièces nécessaires à sa constitution doit être remis à la personne responsable de la gestion administrative, ainsi que l'attestation de responsabilité civile.

### **Article 145 – Frais de séjour : le forfait hébergement**

Le tarif d'hébergement est fixé chaque année par le président du Conseil départemental, sur proposition du conseil de surveillance.

Ce prix de journée est applicable le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de signature de l'arrêté du président du Conseil départemental.

#### **Texte(s) de référence**

Loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie  
Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles  
Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement  
Code de l'actions sociale et des familles (CASF), art. L. 313-12, art. R. 314-179 à 186

### **Article 146 – Frais de séjour : le forfait dépendance**

Le tarif dépendance est fixé par le Conseil départemental pour une durée d'un an. Il est calculé en fonction du niveau moyen de dépendance des résidents mesuré par le groupe iso-ressources (GIR).

Dès l'arrivée du résident dans l'établissement, une évaluation de son niveau de dépendance permet de déterminer son groupe iso-ressources (GIR) d'appartenance. Il existe 6 groupes de dépendance regroupés en 3 tarifs adaptés à chaque degré de dépendance.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé dans les mêmes conditions que le tarif hébergement et en sus.

L'APA en établissement peut être versée par le Conseil départemental directement à l'établissement (le montant est alors déduit de la facture) ou à la personne qui le reverse à l'établissement.

#### **Texte(s) de référence**

Loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie  
Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018  
Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles  
Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement  
Code de l'actions sociale et des familles (CASF), art. L. 313-12, art. R. 314-172 à 178

### **Article 147 – Frais de séjour : le forfait soins**

Les forfaits de soins sont fixés chaque année par arrêté du directeur de l'ARS sur proposition du Conseil de surveillance. 2 forfaits sont établis : l'un pour les soins courants et l'autre pour les soins de longue durée.

Ces forfaits, fixés par GIR, sont intégralement pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, sous réserve de l'ouverture des droits de l'habitant. Ils sont applicables le lendemain de la date de signature de l'arrêté.

Ces différents tarifs sont affichés dans le hall d'accueil des résidences.

**Texte(s) de référence**

Loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie  
Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018  
Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles  
Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement  
Code de l'actions sociale et des familles (CASF), art. L. 313-12, art. R. 314-159 à 166

### **Article 148 – Admission au titre payant**

Lorsqu'une personne est admise à titre payant, un engagement de payer les frais d'hébergement est signé avant l'entrée en établissement par l'habitant ou son représentant.

Le règlement des frais de séjour est payable mensuellement à terme à échoir, soit le dernier jour de chaque mois auprès de la trésorerie principale de l'établissement

La facturation inclut le jour d'admission, et exclut le jour de sortie, sauf en cas de décès.

### **Article 149 – Admission au titre de l'aide sociale**

Si les ressources du résident ne suffisent pas à couvrir les frais de séjour, une demande d'aide sociale doit être déposée avant l'admission par l'habitant ou son correspondant.

Les bénéficiaires de l'aide sociale doivent obligatoirement, dès leur admission, déposer au bureau des entrées tout ce qui peut être nécessaire au remboursement à l'aide sociale des frais de séjour avancés par celle-ci, tels titres et valeurs en leur possession, livrets de caisse d'épargne, titre de pensions et retraites. Il sera également demandé d'indiquer la nature des divers comptes et biens immobiliers.

Conformément à la législation en vigueur, une partie du montant des pensions de l'habitant lui sera attribuée au titre de l'argent de poche.

Ces informations sont données aux habitants lors de la remise du règlement intérieur dès leur entrée.

### **Article 150 – Autres aides possibles**

Selon les ressources de l'habitant, une Allocation Logement à caractère Social (ALS) peut être accordée.

Il est également possible de faire une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

### **Article 151 – Recours juridiques**

Conformément aux dispositions de l'article L. 6145-11 du Code de la santé publique, les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leur recours contre les débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil.

## **SECTION 3 : CONDITIONS DE SEJOUR**

### **SOUS-SECTION 1 : Garantie des droits des usagers**

#### **Article 152 – Respect des personnes**

La dignité, l'intimité et la vie privée de l'habitant doivent être strictement respectées. L'habitant a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

### **Article 153 – Projet d’Accompagnement Personnalisé (PAP)**

Chaque habitant bénéficie d’un projet d’accompagnement personnalisé établi à partir de ses besoins, ses désirs, ses habitudes de vie, ses éventuels problèmes de santé et en tenant compte des ressources et des contraintes du service.

Il est élaboré par les référents avec la participation de l’habitant en fonction de ses capacités, de la personne de confiance et/ou son représentant légal et avec toutes les personnes intervenant dans l’accompagnement de la personne. Le projet d’accompagnement est validé par l’habitant et/ou son représentant légal. Une fois approuvé, tous les membres de l’équipe doivent respecter sa mise en place. Il est l’unique document de travail du professionnel. Celui-ci est révisé de manière régulière et/ou en fonction de l’évolution de l’état de santé de l’habitant.

Les expressions de familiarité (tutoiement, usage du prénom) sont proscrites. Elles ne peuvent être utilisées qu’à la demande exclusive de l’habitant et/ou en lien avec le projet d’accompagnement personnalisé. Le personnel doit frapper systématiquement à la porte et attendre la réponse en tenant compte des capacités de l’habitant avant de pénétrer dans l’espace privatif de la chambre.

### **Article 154 – Relations avec les familles**

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein des résidences doit être encouragée et facilitée. L’équipe du secteur hébergement doit veiller à ce que les proches ou les visiteurs ne se sentent pas rejetés de l’unité de vie, ni des activités d’animation auxquelles ils peuvent être invités à participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l’équipe à participer activement au soutien de l’habitant : présence pendant la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas (en l’absence de soins spécifiques), participation de sortie.

### **Article 155 – Protection des personnes vulnérables**

L’établissement est garant de la protection du résident en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l’altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

### **Article 156 – Promotion de la bientraitance, prévention de la violence et de la maltraitance**

Une charte de bientraitance est affichée à l’attention des professionnels.

Les professionnels ont l’obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l’exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur. La Direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle pourrait avoir connaissance.

Un numéro d’appel national (3977) affiché dans l’entrée de chaque résidence permet d’avoir des conseils et/ou de faire connaître des faits de maltraitance.

### **Article 157 – Liberté de conscience et de culte**

L’établissement garantit aux habitants le strict respect de leur liberté de conscience et de culte, dans le cadre des dispositions du Code de la santé publique et de la circulaire n° 2005-57 du 2 février 2005.

Les représentants des différents cultes ont libre accès auprès des habitants demandeurs qui relèvent de leur ministère.

## **Article 158 – Visites aux habitants**

Les habitants peuvent recevoir leurs familles et amis chaque fois qu'ils le désirent, en respectant dans la mesure du possible les horaires de bon fonctionnement de la résidence et la dignité et l'intimité des autres habitants.

Toutefois, pour des raisons de sécurité et de tranquillité au sein de la résidence, aucune visite n'est possible entre 21 heures et 8 heures, sauf en cas de circonstances exceptionnelles. Les habitants peuvent inviter des parents ou amis à partager leur repas mais ils doivent en avertir la direction au moins 48 heures à l'avance (le prix du repas est affiché dans l'établissement). Le cadre de santé se réserve le droit de limiter le nombre d'invités en fonction des contraintes de service.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rendre visite aux habitants sans l'accord préalable de la direction de l'établissement.

Les associations et organismes dont dépendent les bénévoles doivent préalablement obtenir l'autorisation de la direction. Cette autorisation fait l'objet d'une convention entre les structures concernées et le Centre Hospitalier.

En cas d'accompagnement d'un habitant en fin de vie, la présence de la famille et/ou de l'entourage est facilitée.

L'établissement garantit aux habitants le respect des dispositions prises pour l'expression de la volonté des malades en fin de vie dans le cadre des dispositions prévues par les articles L. 1111-10 à 1111-13 et R. 1111-17 à 1111-20 du Code de la santé publique, ainsi que par les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

## **SOUS-SECTION 2 : Accompagnement des habitants**

### **Article 159 – Déroulement des soins**

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris ainsi que la durée probable de l'hébergement doivent, dans toute la mesure du possible, faire l'objet d'explications compréhensibles.

### **Article 160 – Objets personnels**

Conformément aux dispositions des articles L. 1113-1 et R. 1113-1 du Code de la santé publique, toute personne admise ou hébergée dans un établissement mentionné à l'article L. 1113-1 est invitée lors de son entrée, à effectuer le dépôt d'objets dont la nature ne justifie pas la détention durant son séjour dans l'établissement.

Pour éviter les pertes ou les vols, il est conseillé à l'habitant de déposer à la trésorerie principale les sommes d'argent, titres et objets de valeur. Cette démarche donne lieu à la signature du document prévu à cet effet. La restitution éventuelle de ces titres et objets de valeur ne se fera que sur justification d'identité. En cas de vol ou disparition, l'administration ne pourra être tenue pour responsable des objets et des effets non déposés et par conséquent conservés dans ces conditions.

Chaque famille doit signaler le retrait ou l'apport d'objet de valeur ou de biens personnels qui devront apparaître au titre de l'inventaire, y compris des biens tels que les prothèses dentaires ou les lunettes.

### **Article 161 – Valeurs personnelles**

Les disponibilités, valeurs, moyens de paiement et biens mobiliers conservés par l'habitant dans sa chambre ne sont pas placés sous la responsabilité de l'établissement. L'ensemble des biens conservés dans sa chambre par l'habitant restent placés sous sa responsabilité pleine et entière.

L'établissement n'est donc pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des biens détenus par l'habitant y compris dans le cas des prothèses dentaires, auditives ainsi que les lunettes. Sa responsabilité ne serait retenue que dans le cas où une faute serait établie à son encontre ou à celle des personnels dont il doit répondre. La preuve de la faute est à la charge du demandeur.

L'habitant et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et aux objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

### **Article 162 – Informations relatives à la présence et à l'état de santé des habitants**

Les habitants peuvent autoriser que soient données des indications générales sur leur présence dans l'établissement.

Les informations concernant leur état de santé ne peuvent être données qu'avec l'accord explicite et formel de l'habitant, sauf urgence ou impossibilité :

- à la famille ou aux proches désignés,
- à la personne ayant été désignée comme tiers de confiance.

Les informations délivrées par le médecin ne peuvent être données que dans le cadre des dispositions relatives aux droits des usagers du système de santé prévu par les dispositions du Code de la santé publique aux articles L. 1110-1 à 1110-11, R. 1110-1, L. 1111-1 à 1111-13, R. 1111-1 à R. 1111-16.

### **Article 163 – Recours au médecin traitant par les habitants**

Dans le cadre de la convention tripartite signée avec le Conseil départemental et l'Assurance maladie et dans l'établissement d'hébergement de personnes âgées, chaque usager conserve le libre choix d'être suivi par son médecin traitant ou de faire appel au médecin de son choix, et d'être examiné par lui, sans la présence d'un tiers, à charge pour lui de le signaler au service médical du secteur personnes âgées.

Certaines prescriptions ne pouvant être délivrées par la pharmacie de l'établissement, elles restent à la charge de l'habitant qui se procurera les produits pharmaceutiques à l'extérieur de l'établissement par l'intermédiaire de sa famille ou du personnel.

Le médecin coordonnateur est le garant de la continuité des soins.

### **Article 164 – Animaux domestiques**

Les animaux sont admis sous certaines conditions dans l'établissement. Leur présence doit notamment être intégrée dans le PAP. Les visiteurs sont autorisés à venir avec un animal de compagnie (chien, chat) tenu en laisse ou dans les bras. Les maîtres des animaux doivent prendre toute précaution quant à l'hygiène de l'animal et à la sécurité des personnes. L'animal doit être à jour dans ses vaccinations. Les visiteurs sont civilement responsables du comportement de l'animal. Le port d'une muselière est exigé dans tous les cas réglementés.

#### **Texte(s) de référence**

Arrêté du 3 mars 2025 relatif aux conditions d'accueil des animaux de compagnie en EHPAD prévu par l'article 26 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

### **Article 165 – Respect des lieux**

L'habitant doit veiller à respecter l'état des locaux et objets qui sont à sa disposition et qui font l'objet d'un état des lieux lors de son admission.

Les dégradations commises par l'habitant entraînent réparation et indemnisation selon les dispositions de l'article 1240 du Code civil.

## **Article 166 – Personnalisation des logements**

Le directeur autorise les habitants à apporter des objets personnels, et notamment du mobilier. Un inventaire de ces objets personnels est effectué. Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie. D'une manière générale, la personnalisation des logements doit se conformer aux recommandations de la HAS. Les habitants peuvent également conserver tout matériel utilisant l'énergie électrique (notamment poste de télévision personnel) lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il fasse l'objet de la souscription d'une assurance individuelle complémentaire en responsabilité civile garantissant les dégâts qu'il pourrait causer. L'attestation d'assurance doit être remise lors de la constitution du dossier administratif.

Les équipements audiovisuels ou sonores ne doivent en aucun cas gêner ni troubler le repos des autres habitants. Ces équipements étant personnels, toute réparation dont ils peuvent être amenés à faire l'objet est à la charge de l'habitant.

## **Article 167 – Utilisation de l'argent par les habitants**

Aucune somme d'argent ou cadeaux conséquents ne doit être versée aux personnels par l'habitant, soit à titre de gratification soit à titre de dépôt.

L'établissement ne pourra être tenu responsable pour la perte de toute somme d'argent, valeurs ou bijoux non portés à l'inventaire initial relatif aux biens personnels.

## **Article 168 – Linge personnel des habitants**

Chaque habitant doit respecter les règles d'hygiène corporelle.

À l'entrée de l'habitant, une liste de trousseau type à fournir lui sera remise. Le linge personnel est étiqueté par l'établissement à l'entrée avec le Nom-Prénom de l'habitant.

Tout nouveau vêtement ou linge personnel apporté en cours de séjour, doit être donné à un agent de l'étage afin qu'il soit envoyé à marquer avant son utilisation.

Le trousseau demandé lors de l'admission doit être renouvelé aussi souvent que nécessaire. Sa gestion ne fait pas l'objet d'un inventaire sauf si présence d'un vêtement de valeur (fourrure...).

Le linge de maison (draps, couvertures, serviettes, gants de toilette, serviettes de table ...) est fourni par l'établissement. Le linge de maison est lavé et repassé par des prestataires qui diffèrent selon les EHPAD.

Le linge personnel est entretenu par un prestataire, sauf pour l'EHPAD de Carrouges qui entretient le linge des habitants sur place. Si la famille le souhaite, elle peut s'occuper de l'entretien du linge sans modification tarifaire.

Le prestataire n'est pas un pressing mais une blanchisserie qui garantit un nettoyage avec des qualités bactériologiques. Les vêtements fragiles sont vivement déconseillés (laine, linge « Damart » et apparenté, collants, bas, ...) car non adaptés à la fréquence des lavages.

Il est interdit de laver et d'étendre du linge personnel dans la chambre. Le linge de l'habitant nécessitant un lavage à la main doit être entretenu par sa famille en dehors des locaux.

Le raccommodage est à la charge de l'habitant et de ses proches.

L'établissement dégage toute responsabilité en cas de détérioration du linge fragile.

En cas de perte ou de détérioration du fait de l'établissement, la déclaration sera faite par le directeur à l'assureur de l'établissement, qui appréciera l'opportunité d'un remboursement.

## Article 169 – Règles de comportement et sanctions

Les habitants sont tenus de se conformer aux règles générales d'organisation et de fonctionnement de l'établissement et en particulier de respecter les dispositions visant à assurer la sécurité des personnes et des biens.

Dans le cas où un habitant, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin si nécessaire, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de l'exclusion de l'établissement de l'intéressé.

L'exclusion est envisagée pour les agissements graves et répétés compromettant le bon ordre et le fonctionnement normal de l'institution.

Afin de préserver les libertés et la quiétude de chacun, il est ainsi demandé aux habitants :

- D'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision
- D'atténuer les bruits le soir
- De respecter le matériel mis à disposition
- D'adopter, d'une façon générale, un comportement compatible avec la vie en collectivité (hygiène, courtoisie, tempérance, etc...)
- Le respect mutuel de la vie en collectivité.

Les habitants devront notamment s'abstenir :

- De proférer des insultes ou des obscénités
- D'avoir un comportement addictif (alcool, drogue...)
- D'agresser verbalement ou physiquement les autres personnes
- De dérober le bien d'autrui
- De dégrader volontairement les locaux ou les installations
- De toute négligence de toilette et de tenue pour circuler dans les parties communes
- De faire entrer des personnes non autorisées dans les locaux communs de service.

### Texte(s) de référence

Code de la santé publique., art. R. 1112-49

## Article 170 – Contrôles de sécurité des biens et équipements des résidents

Afin d'assurer la sécurité et le confort de chaque habitant, une vérification complète du contenu du mobilier de la chambre (meubles hospitaliers et personnels, placards, petit coffre, réfrigérateur, ...) peut être effectuée régulièrement ou en cas de force majeure, en présence de l'habitant et/ou de son représentant légal (membre de la famille, tiers de confiance, tuteur).

## Article 171 – Interdiction de fumer

Les habitants doivent se conformer aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Il est interdit de fumer dans les logements et les locaux équipés de détecteurs incendie.

### Texte(s) de référence

Décret n°2016-1117 du 11 août 2016 relatif à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac

Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

Code de la santé publique., art. R. 3511-1 et 2, R. 3512-1 et 9

### **Article 172 – L'alcool**

L'abus de boissons alcoolisées qui générerait un trouble de l'ordre dans l'établissement est interdit.

### **Article 173 – Repas**

Les repas sont servis dans les salles à manger ou ponctuellement dans les chambres pour les personnes momentanément fatiguées ou souffrantes, sur décision du médecin, du cadre de santé ou de l'infirmier(e). Les menus sont affichés dans la résidence.

Lors de l'admission, un recueil est fait pour connaître les habitudes en lien avec les repas (les goûts, les dégoûts, les aliments déconseillés...). Les habitants peuvent directement en faire part au cadre de santé ou à l'infirmière.

Les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte en concertation avec la diététicienne. Il en est de même pour les pains spéciaux et les eaux minérales.

Si pour diverses raisons, l'habitant ne souhaite pas prendre un repas dans l'établissement, il doit en informer le personnel de l'EHPAD, la veille pour le repas du lendemain midi, le matin avant midi pour le repas du soir.

### **Article 174 – Participation aux animations et activités de loisirs**

Chaque habitant est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble : rester dans sa chambre, se promener ou participer aux différentes activités.

Des activités et des animations sont proposées plusieurs fois par semaine et sont encadrées par l'animateur mais également par des bénévoles qui ont signés une convention avec l'établissement.

Le personnel est également sollicité pour aider l'animateur dans ses activités (aide au transport des habitants dans la salle d'activité, distribution du goûter, animation...). L'animation ne repose pas que sur l'animateur mais sur l'ensemble des agents.

Les activités proposées sont multiples et variées (chant, lecture, spectacles, loto, jeux de société, anniversaires, repas à thèmes, ateliers mémoire, ateliers motricité, activités manuelles en vue de préparer les fêtes de l'établissement telles que Noël, marché de Noël, fête des mères, sorties...). Des ventes des réalisations des habitants ont lieu 2 à 3 fois par an et permettent d'acheter du matériel ou d'organiser des animations.

Le programme des animations est affiché chaque semaine à l'accueil et dans les différentes unités de l'établissement.

Toute autre activité n'entrant pas dans le cadre de celles organisées au sein des résidences reste à la charge de l'habitant.

## **SECTION 4 : SORTIE DES HABITANTS**

### **Article 175 – Autorisations d'absence**

L'habitant peut librement s'absenter dans la journée après en avoir informé l'infirmier(e). S'il envisage de ne pas rentrer pour un repas, il en informera le service.

En outre, des autorisations d'absence inférieures à 24 heures peuvent être accordées aux habitants qui en font la demande. Le prix de journée d'hébergement reste dû.

Toute absence, quelle qu'en soit sa nature, doit faire l'objet d'une information auprès de l'infirmier(e). Cette information fera l'objet d'une retranscription écrite dans le dossier de soins, afin de faciliter les transmissions et d'en assurer la traçabilité.

En cas de manquement à cette obligation, il sera établi la procédure de sortie à l'insu du service suite au signalement à l'administrateur de garde ; l'application de cette procédure conduit à l'organisation immédiate et sans délai de recherches dans les abords immédiats du service et de la structure.

Une demande préalable doit être adressée 48 heures avant toute sortie afin de s'assurer qu'il n'existe aucune contre-indication médicale.

Des mesures adaptées peuvent être prises afin d'assurer la sécurité des personnes nécessitant une aide dans leur orientation temporo-spatiale.

### **Article 176 – Absences pour convenances personnelles**

Des autorisations d'absence supérieures à 24 heures intitulées « congés annuels » sont accordées à la demande de l'habitant, dans la limite de 5 semaines ou 35 jours calendaires en cas de fractionnement. Pour les absences de courtes durées (journée, week-end) : l'habitant voudra bien avertir la Direction de l'établissement 48 heures à l'avance.

En cas d'absence pour convenance personnelle, le ticket modérateur dépendance n'est pas facturé à condition que l'habitant ait préalablement informé l'établissement de son absence. L'établissement doit avoir été prévenu 7 jours avant le départ effectif.

Absence de moins de 72 heures	Absence de plus de 72 heures
Tarif hébergement à régler	Tarif hébergement minoré du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale dans la limite de 30 jours (pour les habitants relevant de l'aide sociale). Si l'habitant ne relève pas de l'aide sociale : il devra régler le tarif hébergement

### **Article 177 – Hospitalisation ou consultation externe d'un habitant**

Lorsque l'état de santé d'un habitant le justifie, l'intéressé est transféré vers l'établissement hospitalier de son choix, ou en cas d'urgence, vers l'établissement hospitalier le plus proche.

La prise en charge financière du transport sanitaire vers un autre établissement que l'établissement incombe à l'habitant.

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée inférieure à 72 heures, l'habitant est redevable du tarif hébergement. En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, l'habitant est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier, sans limitation de durée.

D'autres modalités peuvent être prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'établissement comme aux résidents accueillis.

Passé le délai des 5 semaines, le lit peut être maintenu au tarif minoré du forfait journalier.

### **Article 178 – Facturation en cas de résiliation du contrat**

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance d'un préavis d'un mois et après réalisation de l'état des lieux de sortie.

La sortie des habitants est prononcée par le directeur ou son représentant après avoir pris, si nécessaire, un avis médical auprès d'un médecin de l'établissement.

### **Article 179 – Dispositions applicables en cas de décès**

En cas de décès d'un résident, le médecin ou un membre de l'équipe paramédicale, ou son représentant prévient dans les meilleurs délais un membre de la famille, des proches ou de la personne désignée lors de l'admission. Il appartient donc impérativement que la famille transmette tout changement de coordonnées téléphoniques.

Dans la mesure du possible, toutes les volontés exprimées par le résident sont respectées avec l'accord des familles.

En cas de décès, le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès, la facturation continue néanmoins de courir tant que les objets personnels n'ont pas été retirés des lieux que la personne occupait. Le représentant légal et la personne de confiance éventuellement désignée par l'habitant sont immédiatement informés du décès de ce dernier par tous les moyens et en dernier recours par lettre recommandée avec accusé de réception.

### **Article 180 – Remise du logement à la disposition de l'établissement à la suite d'un décès**

À la suite d'un décès, le logement devra être remis à la disposition de l'établissement.

Il doit être libéré dès que possible après réalisation d'un état des lieux de sortie. Au-delà de 6 jours, la Direction peut procéder à la libération de la chambre. Les biens seront conservés 365 jours, au-delà les biens seront considérés comme abandonnés.

## CHAPITRE IV : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AU SECTEUR DE LA SANTE MENTALE

Hormis les dispositions spécifiques détaillées ci-dessous, l'ensemble du règlement intérieur s'applique. Le service d'entrée de psychiatrie (SEP) dispose également d'un règlement intérieur.

### SECTION 1 : MODALITES D'HOSPITALISATION

#### Article 181 – Sectorisation et principe de libre choix du patient

Dans le cadre de la sectorisation, les patients sont pris en charge en fonction de leur lieu d'habitation. À chaque territoire correspond un secteur auquel est rattaché le lieu de résidence du patient.

Au sein du secteur dont il dépend, le patient conserve le droit de choisir son médecin (hors cas d'urgence).

#### Texte(s) de référence

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  
CSP., art. L. 3211-1, L. 3221-3, R. 3221-1

#### Article 182 – L'admission au sein du pôle santé mentale - psychiatrie - addictologie

Le pôle santé mentale – psychiatrie – addictologie est composé :

- Du Service d'Entrée de Psychiatrie (SEP) ;
- De l'Equipe de Psychiatrie de Liaison (EPL) ;
- De l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ;
- De 2 Centres Médico-Psychologiques (CMP) : 1 à Flers, 1 à Domfront-en-Poiraie.

#### Article 183 – L'hospitalisation libre

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement (ou celui du représentant légal) 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 patients soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Les personnes admises en hospitalisation libre bénéficient des mêmes droits que les patients admis en MCO.

#### Article 184 – L'hospitalisation en soins sans consentement

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques.

Toutefois une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application :

- Des dispositions du Code de la santé publique concernant l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent (SPI) ;
- Des dispositions Code de la santé publique concernant l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ;
- De l'article 706-135 du Code de procédure pénale concernant les cas d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;

est dite en soins psychiatriques sans consentement. Le patient peut être hospitalisé ou maintenu dans une unité de soins de psychiatrie adulte. Les modalités de cette prise en charge sont précisées à l'article 3 du présent règlement intérieur.

Hormis en cas d'admission sur décision du représentant de l'Etat, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 3211-1 à 13, L. 3212-1 à 12 (SDT, SPI), L. 3213-1 à 11 (SDRE), R. 3211-10 à 17, L. 3222-5-1

## **Article 185 – Les droits des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement**

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT), en cas de péril imminent (SPI), sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), ou pour les personnes détenues, 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.

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée, et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état, du projet de décision prononçant son admission, ainsi que son maintien en soins sous contrainte :

- En cas d'admission ou de maintien sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent,
- En cas d'admission ou de maintien sur décision du représentant de l'Etat,
- En cas de modification de la forme de prise en charge.

De plus, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en soins sans consentement est informée :

- Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la **décision d'admission** ou de chacune des **décisions de maintien** rappelées ci-dessus, ainsi que des raisons qui les motivent ;
- 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 sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes, s'agissant de la saisine et des décisions du Juge des Libertés et de la Détention (JLD).

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

En tout état de cause, le patient dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités de contrôle suivantes : le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant ; le président de tribunal judiciaire ou son délégué ; le procureur de la République dans le ressort de la juridiction de l'établissement ; le maire de la ville ou son représentant.

2° De saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP), et lorsqu'elle est hospitalisée, la Commission des Usagers (CDU) ;

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 (CGLPL) 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 et 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.

Les droits mentionnés au 7° et 8° n'impliquent pas cependant une autorisation de sortie de l'établissement.

Le droit de visite habituellement garanti, peut être limité voire temporairement suspendu sur prescription médicale.

La liberté d'aller et venir peut faire l'objet de restrictions liées aux soins et au respect de la sécurité. Il en va de même pour la liberté de communication téléphonique.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 3211-1 à 13, L. 3212-1 à 12 (SDT, SPI), L. 3213-1 à 11 (SDRE), R. 3211-10 à 17, L. 3222-5-1

### **Article 186 – Le maintien de la mesure de soins psychiatriques sans consentement**

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans consentement, elle fait l'objet d'une période d'observation (72 heures) et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

À l'issue de cette période d'observation, l'état de santé du patient est réévalué par le psychiatre. Cette nouvelle évaluation donne lieu soit au maintien en hospitalisation à temps complet, soit à la poursuite de la prise en charge du patient sous la forme d'un programme de soins, soit conduire à une sortie définitive du patient.

Dans l'hypothèse où le psychiatre maintient l'hospitalisation du patient au-delà de 12 jours, ce maintien sera validé par le JLD lors d'une audience, à laquelle le patient sera présent, accompagné obligatoirement par un avocat.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 3211-1 à 13, L. 3212-1 à 12 (SDT, SPI), L. 3213-1 à 11 (SDRE), R. 3211-10 à 17, L. 3222-5-1

## **SECTION 2 : SEJOUR**

### **SOUS-SECTION 1 : L'accueil**

#### **Article 187 – Le livret d'accueil**

À leur admission un livret d'accueil est remis aux patients. Il contient toutes les informations relatives à l'organisation de l'établissement, aux droits du patients et aux conditions de séjour.

### **SOUS-SECTION 2 : L'information du patient**

#### **Article 188 – Le droit à l'information**

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Les professionnels de santé doivent aux patients une information loyale, claire et appropriée. Les dispositions précisées à l'article 76 du présent règlement intérieur trouvent à s'appliquer.

### **Article 189 – Information du mineur ou du majeur protégé**

Les informations concernant les mineurs ou majeurs protégés doivent être communiquées à leurs responsables légaux respectifs : le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Toutefois, même incapables juridiquement, les patients sont informés de leur état de santé et associés à la prise de décision les concernant. Cette participation est adaptée en fonction de leur capacité de discernement ainsi que de leur maturité.

### **Article 190 – Information aux familles**

Lors de son admission, le patient désigne la personne de son entourage à prévenir. Les familles peuvent être reçues par les médecins aux jours et heures de visites ou sur rendez-vous. Dans le respect des obligations découlant du secret médical, ainsi que des volontés du patient, les familles et proches de la personne hospitalisée sont informées de l'état de santé du malade.

### **Article 191 - Information du médecin traitant**

Sauf refus explicite du patient, le médecin traitant est informé au cours de l'hospitalisation de l'état de santé de la personne hospitalisée. Au terme de l'hospitalisation, un compte rendu lui est adressé. Le patient peut, par décision expresse, refuser que le médecin traitant soit averti.

### **Article 192 – Personne de confiance et personne à prévenir**

Toute personne majeure hospitalisée est invitée à désigner une personne de confiance par écrit lors de l'admission ou à tout moment durant l'hospitalisation. La personne de confiance peut être révoquée à tout moment par le patient. Cette personne sera le référent auquel s'adressera l'établissement dans le cas où le patient se trouvera hors d'état d'exprimer sa volonté.

Les personnes protégées par une mesure de tutelle ne sont pas concernées par la désignation de la personne de confiance. Toutefois, le juge des tutelles peut confirmer ou révoquer la mission de la personne antérieurement désignée.

La personne à prévenir est à distinguer de la personne de confiance même si elles peuvent être une seule et même personne. La personne à prévenir est désignée comme celle étant à prévenir en cas de problème survenant lors du séjour du patient.

### **Article 193 – Droits du patient**

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 soignés pour une autre cause.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 3211-2

## **SECTION 3 : SORTIE**

### **Article 194 – Sortie du patient en soins libres**

L'autorisation de sortie de courte durée : les personnes hospitalisées peuvent, compte-tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale de 48 heures. Ces permissions sont autorisées par le directeur de l'établissement, sur avis favorable du médecin chef de service.

La sortie définitive : elle est décidée en accord avec le médecin.

À l'exception des mineurs et des patients admis en soins psychiatriques sans consentement, les patients peuvent, à leur demande, quitter l'établissement après avis médical.

En cas de sortie contre avis médical : le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent de l'établissement. Le médecin en informe immédiatement le directeur général. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

Lorsque l'état du patient nécessite un transfert dans un autre établissement de santé, le transfert est organisé par l'établissement après information du patient.

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. R. 1112-62

## **Article 195 – Sortie du patient en soins psychiatriques sans consentement**

L'autorisation de sortie de courte durée (sortie d'essai) : afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, ils peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée.

- Sous la forme de sorties accompagnées (n'excédant pas 12 heures) : les patients sont accompagnés par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance ;
- Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

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

*Dans le cas d'une mesure d'hospitalisation SDRE* : le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre, au plus tard 48 heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'Etat, notifiée au plus tard 12 heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

*Dans le cas d'une mesure d'hospitalisation SDT* : le directeur informe le tiers préalablement de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

Levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement : Les conditions diffèrent selon le mode d'admission.

*SDT/SPI* - La mesure prend fin dans l'une des situations suivantes :

- Sur décision du directeur de l'établissement sur demande de la commission départementale des soins psychiatriques ou d'un membre de la famille, du tuteur, du curateur ou de toute personne faisant état de relations antérieures à l'admission en soins avec le malade ;
- Dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les soins ne sont plus justifiés ;
- Sur décision du JLD suite à son contrôle ou saisi.

*SDRE* - La mesure prend fin dans l'une des situations suivantes :

- Décision du préfet lorsque le psychiatre de l'établissement constate la disparition des troubles chez le malade
- Décision du JLD

**Texte(s) de référence**  
CSP., art. L. 3211-11-1, L. 3213-7, L. 3212-1 à 12

## CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

Le statut du personnel est régi par le titre I et le titre IV du statut général des fonctionnaires, contenu dans le code général de la fonction publique (CGFP). Le statut du personnel médical est quant à lui régi par les textes en vigueur.

### SECTION 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT

#### Article 196 – Demandes d’information

Les personnels des établissements du GHT ont le devoir de satisfaire aux demandes d’information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

##### Texte(s) de référence

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983  
CGFP., art. L. 121-8 du CGFP

#### Article 197 – Secret professionnel

Institué dans l’intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s’impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l’ensemble de l’équipe. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l’exercice de leur activité, c’est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu’ils ont vu, entendu ou compris.

Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein des établissements du GHT. Les sanctions pénales encourues ne font pas échec à l’application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

Le secret est un principe fondamental. Il ne peut y être dérogé que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi. Le médecin et tout autre professionnel de santé peut s’affranchir de son obligation de secret dans les 4 cas suivants :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations (y compris lorsqu’il s’agit d’atteintes ou mutilations sexuelles) infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n’est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- Pour porter à la connaissance du procureur de la République (ou à la cellule de recueil, de traitement et d’évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger), avec l’accord de la victime, les sévices/privations qu’il a constatés dans l’exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de quelque nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n’est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n’est pas nécessaire.
- Pour porter à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple, lorsqu’il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime

majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.

- Pour informer le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice au sein des établissements du GHT et les médecins chefs de pôle en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le directeur.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1110-4 et R. 4127-4 du CSP  
Code pénal., art. L. 226-13 et 14, L. 434-1 et L.434-11  
Code de procédure pénale., art. 40

### **Article 198 – Devoir de réserve**

Tout agent public est libre de ses opinions et de ses croyances. Cependant il doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles.

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

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

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public. Tout manquement à ces obligations peut donner lieu à des poursuites disciplinaire, ordinales voire pénale.

### **Article 199 – Obligation de discrétion professionnelle**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels des établissements du GHT doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. L. 1110-4  
CGFP., art. L. 121-7

## Article 200 – Principe de laïcité et devoir de neutralité

Dans l'exercice de ses fonctions, l'agent public est tenu à l'obligation de neutralité. Il exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. À ce titre, il s'abstient notamment de manifester ses opinions religieuses. Il est formé à ce principe.

L'agent public traite de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité.

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

Ces principes s'appliquent y compris dans les locaux des restaurants du personnel.

Cette disposition s'applique également aux étudiants lorsqu'ils sont en stage dans les services des établissements du GHT qui accueillent le public.

Le référent laïcité de l'hôpital peut être sollicité afin d'apporter tout conseil utile au respect du principe de laïcité à tout agent public ou chef de service qui le consulte.

### Texte(s) de référence

CGFP., art. L. 121-2, L. 124-3

LOI n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires

Décret n° 2021-1802 du 23 décembre 2021 relatif au référent laïcité dans la fonction publique

Charte de la laïcité dans les services publics

## Article 201 – Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. L'agent public exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité.

Le droit syndical des personnels des établissements du GHT s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

### Texte(s) de référence

CGFP., art. L. 121-1 à 3

Circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique

Loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 (art 96)

Décret n° 86-660 du 19 mars 1986

## Article 202 – Devoir de probité et d'exemplarité

Ce devoir impose à l'agent de ne pas utiliser ses fonctions pour en tirer un profit personnel. Il doit exercer ses fonctions avec intégrité, honnêteté et désintéressement et ne doit pas poursuivre un intérêt personnel dans le cadre du service.

L'agent veille à prévenir ou à faire cesser immédiatement les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver. Est un conflit d'intérêts « toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions de l'agent public ».

### Texte(s) de référence

CGFP., art. L. 121-1, L. 121-4 et 5

### **Article 203 – Sollicitude envers les patients et habitants**

Les personnels s’efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d’assurer au mieux le confort physique et moral des patients et des résidents dont ils ont la charge.

Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d’attente.

D’une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l’exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

Le soulagement de la souffrance des patients et des habitants doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

### **Article 204 – Identification vis-à-vis des interlocuteurs**

Afin de se faire connaître aux patients et aux habitants, ainsi qu’à leurs familles et sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels des établissements du GHT en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d’activité et qui mettent en évidence, pendant l’exécution de leur service, leur prénom, la première lettre de leur nom et leur qualité.

Ces dispositions s’appliquent également aux personnels des associations visées dans le présent règlement.

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 1112-42

### **Article 205 – Promotion de la bientraitance**

Les personnels des établissements du GHT agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l’amélioration de sa vie quotidienne. Les établissements du GHT veillent en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

L’ensemble de ces principes sont énoncés à travers la Charte de la bientraitance du GHT, à laquelle sont tenus de se conformer les personnels de l’établissement.

#### **Texte(s) de référence**

Charte de la bientraitance du GHT (GHT-DQI-011)

Charte de bientraitance et humanité du GHT – Agent (GHT-EN-034)

### **Article 206 – Accueil et respect du libre choix des familles**

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Sous peine de sanctions, le libre choix des patients et des résidents, ainsi que des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu’ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d’aides et services à la personne.

De même les agents s’abstiennent de servir d’intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

## SECTION 2 : PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE

### Article 207 – Obligation de désintéressement

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

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein des établissements du GHT à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

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

### Article 208 – Exercice exclusif des fonctions

Les agents publics des établissements du GHT sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens. Les personnels doivent en informer au préalable la direction.

En tout état de cause, tout personnel médical et non médical souhaitant exercer une activité complémentaire doit préalablement en formuler la demande auprès de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et/ou des Affaires médicales (DAM) afin que celle-ci puisse prévenir tout risque d'incompatibilité légale ou déontologique ou tout conflit d'intérêts.

#### Texte(s) de référence

CGFP., art. L. 121-3, L. 123-1 à 10

### Article 209 – Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels des établissements du GHT de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

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

Les agents ne doivent accepter des patients, des habitants ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

### Article 210 – Travail en équipe pluridisciplinaire

Les agents des établissements du GHT sont constamment amenés à travailler en équipes pluridisciplinaires. L'institution assure la promotion d'un certain nombre de valeurs communes du travail en équipe afin d'améliorer la qualité du « prendre soin » des patients et des habitants, en développant des compétences collectives et en facilitant l'intégration des futurs collègues.

## Article 211 – Règles de comportement

Les agents ne doivent en aucun cas porter atteinte à la dignité de leurs collègues de tout grade par un comportement déplacé ou des propos agressifs ou diffamatoires. De tels comportements ou propos sont passibles de sanctions disciplinaires.

Le fait pour un agent d'adopter, directement ou indirectement, un comportement irrespectueux envers les membres de sa hiérarchie de nature à perturber le bon fonctionnement du service constitue une faute professionnelle, susceptible de donner lieu à des poursuites disciplinaires, sous le contrôle du juge.

## Article 212 – Exécution des instructions reçues

Tout agent d'un établissement du GHT, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

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

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Certes, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

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

### Texte(s) de référence

CGFP., art. L. 121-9 et 10, L. 512-5

## Article 213 – Absences

En cas de retard ou d'impossibilité de prendre son poste, l'agent doit en avvertir son encadrement le plus tôt possible. En cas de maladie, le justificatif d'arrêt doit être transmis dans un délai de 48 heures à la DRH pour les personnels non médicaux et à la direction en charge des affaires médicales pour les personnels médicaux.

Toute absence non justifiée pourra donner lieu à une retenue sur salaire suivant la réglementation en vigueur.

## Article 214 – Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein des établissements du GHT avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national et fixés par tableaux de services.

La prise en charge clinique des patients de même que le fonctionnement des services prestataires sont continus. Il est ainsi impérieux que le personnel prenne ses fonctions à l'heure prévue et ne quitte le service que lorsque la relève est assurée.

### Texte(s) de référence

Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 (personnels non médicaux)

Décret n°2007-826 du 11 mai 2007

Guide de gestion du temps de travail (GTT)

### **Article 215 – Utilisation du téléphone portable**

L'intégralité du temps de travail des agents est consacrée aux missions qui leur sont confiées et en conséquence, l'utilisation du téléphone portable personnel doit rester exceptionnelle ou réalisée sur leur temps de pause.

### **Article 216 – Information du supérieur hiérarchique**

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Tout agent amené à effectuer des heures supplémentaires doit solliciter préalablement l'autorisation de son chef de service.

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

### **Article 217 – Obligation de signalement des incidents ou risques**

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

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

#### **Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 5121-150 à 201-8 (pharmacovigilance), L. 1221-13, R. 1221-22 à 52 (hémovigilance) ; L. 5212-2, R. 5212-12 à 43 (matérovigilance)

### **Article 218 – Audition en justice ou auprès des autorités de police**

Tout agent des établissements du GHT appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service doit en aviser immédiatement le directeur.

### **Article 219 – Bon usage des biens des établissements du GHT**

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par les établissements du GHT. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront les établissements du GHT à en demander la réparation pécuniaire.

### **Article 220 – Bonne utilisation du système d'information**

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière en respectant les chartes et règlements que l'institution se donne.

Le GHT édicte notamment une charte informatique, dont les règles et obligations qu'elle définit s'appliquent à tout utilisateur des moyens informatiques internes à l'établissement ou externes, accessibles via les réseaux informatiques des établissements du GHT.

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

### **Article 221 – Respect des règles d'hygiène et de sécurité**

La F3SCT a notamment pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels du centre hospitalier, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises extérieures, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Elle a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

Tous les agents des établissements du GHT doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. D'une manière générale, ils se conforment aux protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement, relatifs notamment à l'hygiène des mains, au port d'équipement de protection individuelle (EPI) et à la tenue vestimentaire des personnels des services de soins.

Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale des établissements du GHT et de ses usagers ; et notamment la participation aux visites médicales réglementaires de la médecine du travail.

#### **Texte(s) de référence**

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique  
Code du travail., art. R. 426-22 à 31 ; CGFP., art. L. 811-1 à L. 814-2

### **Article 222 – Exigence d'une tenue correcte**

La tenue est un élément du respect dû aux malades et aux habitants. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage et le port des EPI, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant au sein des établissements du GHT. La familiarité à l'égard des malades ou des résidents est formellement proscrite.

### **Article 223 – Horaires de travail**

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements modifié et des dispositions prises pour son application.

### **Article 224 – Fourniture et entretien des vêtements de travail**

L'établissement assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail aux agents ayant obligation de porter une tenue professionnelle pendant qu'ils sont en service.

Avant leur envoi au blanchissage, toutes les poches des vêtements doivent être vidées afin d'éviter tout risque d'accident.

## **SECTION 3 : DROITS DU PERSONNEL**

Les agents bénéficient, pour l'essentiel, des mêmes libertés publiques que les autres citoyens. Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

### **SOUS-SECTION 1 : Concertation au sein des pôles**

#### **Article 225 – Concertation au sein des pôles**

Le chef de pôle organise au sein du pôle dont il est en charge une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

**Texte(s) de référence**

CSP., art. R. 6146-9-1

## **SOUS-SECTION 2 : Droit d'expression directe et collective & droit syndical**

### **Article 226 – Droit d'expression directe et collective**

Les personnels des établissements du GHT bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail, dans des conditions arrêtées par le directeur, après avis du CSE.

### **Article 227 – Droit syndical**

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

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

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

## **SOUS-SECTION 3 : Autres droits généraux des fonctionnaires**

### **Article 228 – Liberté d'opinion – Non-discrimination**

La liberté d'opinion est garantie aux agents publics.

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

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

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

Aucun agent public ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.

Il ne peut être fait état, dans le dossier individuel d'un agent public de même que dans tout document administratif, des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé.

La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat. De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

**Texte(s) de référence**

CGFP., art. L. 111-1 à 5, L. 131-1 à 13, L.137-2

## Article 229 – Protection contre le harcèlement

Aucun agent public ne doit subir les faits :

- De harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;
- Ou assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.
- D'agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la rémunération, la formation, l'appréciation de la valeur professionnelle, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un agent public en raison du fait que celui-ci :

- A subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel (y compris si les propos ou comportements n'ont pas été répétés) ou des agissements de harcèlement moral ;
- A formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces faits ou agissements ;
- Ou bien parce qu'il a témoigné de tels faits ou agissements ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder à ces faits ou agissements.

Le GHT a mis en place un dispositif permettant de recueillir les signalements des agents qui s'estiment victimes d'atteintes volontaires à leur intégrité physique, d'un acte de violence, de discrimination, de harcèlement moral ou sexuel, d'agissements sexistes, de menaces ou de tout autre acte d'intimidation et de les orienter vers les autorités compétentes en matière d'accompagnement, de soutien et de protection des victimes et de traitement des faits signalés. Ce dispositif permet également de recueillir les signalements de témoins de tels agissements.

**Texte(s) de référence**  
CGFP., art. L. 133-1 à 3, L. 135-6

## Article 230 – Protection organisée des fonctionnaires

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

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

L'établissement est tenu de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

## Article 231 – Droit d'accès à son dossier individuel

Le dossier individuel de l'agent public doit comporter toutes les pièces intéressant la situation administrative de l'intéressé, enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité.

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la DRH.

**Texte(s) de référence**  
CGFP., art. L. 137-1 à 4

### **Article 232 – Hygiène et sécurité des conditions de travail**

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

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant, qui informe la F3SCT.

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

### **Article 233 – Droit à la formation**

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux fonctionnaires, selon les conditions et modalités définies par voie réglementaire.

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

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

Les actions de formation suivies au titre du droit individuel à la formation peuvent avoir lieu, en tout ou partie, en dehors du temps de travail. Dans ce cas, les agents bénéficiaires perçoivent une allocation de formation.

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

**Texte(s) de référence**  
CGFP., art. L. 115-4, L. 421-1 à 8 et L. 422-1

## CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ ET À L'HYGIENE

### SECTION 1 : NATURE ET OPPOSABILITÉ DES REGLES DE SÉCURITÉ

#### Article 234 – Nature et finalités des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles ont également pour but de pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels. 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 des établissements du GHT en fonction des circonstances.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers ou personnels.

En tant que responsable de la conduite générale des établissements du GHT, 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 généraux du droit. En tant que responsable du bon fonctionnement des établissements du GHT, il veille au respect des règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre.

#### Texte(s) de référence

CSP., art. L. 6143-7

#### Article 235 – Opposabilité des règles de sécurité

Quelle que soit la raison de sa présence au sein des établissements du GHT, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Dans la mesure où les conventions qui lient des établissements du GHT à certains organismes logés sur son domaine n'en disposent pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

### SECTION 2 : SÉCURITÉ GÉNÉRALE

#### Article 236 – Accès aux établissements

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

Les conditions matérielles de l'accès de ces 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. Les établissements du GHT se conforment à la réglementation relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, aux personnes handicapées, et met tout en œuvre pour permettre à ces dernières d'accéder, de circuler et recevoir les informations diffusées.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du centre hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie des établissements du GHT.

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.

Sauf faits justificatifs ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire au sein des établissements du GHT animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

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

**Texte(s) de référence**

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006

Arrêtés du 8 décembre 2014 et du 28 avril 2017

### **Article 237 – Calme et tranquillité au sein des établissements du GHT**

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein des établissements du GHT, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter les établissements du GHT. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie.

Le personnel est invité à signaler systématiquement les situations de trouble auxquelles il a assisté ou dans lesquelles il a été impliqué, par le biais des procédures internes de déclaration d'événements indésirables.

### **Article 238 – Personnels de sécurité générale**

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application.

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

Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du directeur ou des personnels responsables de ces unités.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties du centre hospitalier, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit.

Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur des établissements du GHT, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

## **Article 239 – Atteintes au bon fonctionnement des centres hospitaliers – Règles de responsabilité**

La mise en œuvre par les établissements du GHT de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte des établissements du GHT engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

## **Article 240 – Sécurité et protection des personnels**

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis des établissements du GHT et des personnels.

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

Toute agression physique ou verbale envers le personnel est passible de poursuites judiciaires. Il est rappelé que toute violence volontaire exercée à l'encontre des personnels des établissements entraînant une incapacité de travail inférieure ou égale à 8 jours, ou n'ayant entraîné aucune incapacité, est un délit puni d'une peine de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur porte plainte pour les dommages subis par les établissements du GHT. Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le directeur, en application du Code de procédure pénale, peut porter les faits à la connaissance du procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

### **Texte(s) de référence**

CGFP., art. L. 134-7

Code pénal., art. 222-13

Code de procédure pénale., art. 40

## **Article 241 – Rapports avec l'autorité judiciaire**

Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte. D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

### **Texte(s) de référence**

Code civil., art. 81

Code de procédure pénale., art. 40 et 74

## **Article 242 – Rapports avec les autorités de gendarmerie**

Il revient au directeur de décider s'il y a lieu de demander au sein des établissements du GHT une intervention des services de gendarmerie, cette intervention se réalise conformément au protocole d'accord signé par la gendarmerie et l'établissement.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur doit être systématiquement informé dans les plus brefs délais par les autorités de gendarmerie des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient...).

Il veille à ce que soient pris en considération les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

**Texte(s) de référence**

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 (droits des usagers et qualité du système de santé)

### **Article 243 – Circonstances exceptionnelles**

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

La F3SCT en est informée pour les matières relevant de sa compétence.

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

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès des établissements du GHT à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du centre hospitalier.

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

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

L'établissement se conforme aux dispositions du plan local « Vigipirate » du représentant de l'Etat.

## **SECTION 3 : SÉCURITÉ DU FONCTIONNEMENT**

### **Article 244 – La gestion et maîtrise des risques**

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients, du public et des personnels fréquentant les établissements du GHT.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement des établissements du GHT, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernés.

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

Il 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 des risques et des procédures d'information des usagers en cas de dommage lié aux soins.

### **Article 245 – Astreintes techniques**

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

### **Article 246 – Sécurité anti-incendie**

Les établissements du GHT sont assujettis aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc.) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la direction des travaux et des services techniques.

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

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

- la conduite à tenir en cas d'incendie
- les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques
- l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

Le GHT tient un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, notamment des incendies. Il s'agit en particulier :

- De l'état du personnel chargé du service d'incendie.
- Des diverses consignes générales et particulières établies en cas d'incendie, y compris les consignes d'évacuation prenant en compte les différents types de handicap.
- Les dates des contrôles, vérifications et observations.
- Les dates et travaux d'aménagement et de transformation, leur nature, les noms des entrepreneurs, de l'architecte ou du technicien chargés de surveiller les travaux.
- Tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont présentés à la commission de sécurité incendie à l'occasion de ses passages au sein du centre hospitalier.

#### **Texte(s) de référence**

Décret n° 2009-1119 du 16 septembre 2009 relatif aux conditions d'évacuation dans les établissements recevant du public et aux dispositions de sécurité relatives aux immeubles de grande hauteur  
Articles L. 123-1 à 4 et R\*123-1 à 55 du code de la construction et de l'habitation

## Article 247 – Interdiction de fumer

En application de la réglementation, il est interdit de fumer dans tous les lieux des établissements du GHT fermés et couverts. Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, les habitants, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

Cette interdiction concerne également le vapotage (cigarette électronique).

Le cas échéant, et à titre exceptionnel, l'application de l'interdiction de fumer peut être progressive pour certains patients en raison de leur pathologie, lorsque la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures.

### Texte(s) de référence

CSP., art. L. 3512-8 et R. 3512-2 et suivants  
Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006

## Article 248 – Alcool et substances psychoactives illicites

Il est interdit à toute personne d'introduire ou de distribuer - et à tout chef d'établissement et toute personne en situation d'encadrement de laisser introduire ou de laisser distribuer - dans l'enceinte des établissements du GHT, pour être consommées par le personnel, toute boisson alcoolisée et toute substance psychoactive illicite.

Les boissons énumérées à l'article R.4228-20 du Code du Travail pourront éventuellement être distribuées et consommées dans l'enceinte de l'établissement et lors des réunions autorisées par la direction.

Il est interdit à toute personne en situation d'encadrement de laisser entrer ou séjourner dans les établissements des personnes en état d'ivresse. L'accès de l'établissement est interdit à tout professionnel en état d'ivresse. L'état d'ébriété constitue un manquement aux obligations des agents.

En cas de constatation chez un personnel de troubles manifestes du comportement évocateurs de la prise d'alcool ou d'autres toxiques, celui-ci est immédiatement écarté de son poste de travail. Il convient d'en référer à l'administration et au service de santé au travail. L'encadrement rédigera un rapport circonstancié qui décrira les comportements constatés.

Un état d'ivresse est suspecté lorsque plusieurs signes sont constatés tels que troubles de l'élocution, de l'équilibre, du comportement (excitation ou prostration), refus des règles de sécurité, odeur spécifique de l'haleine alcoolisée, détention ou consommation d'alcool ou de substances psychoactives (licites tels que médicaments ou illicites).

En cas de suspicion d'une ivresse d'origine alcoolique, un alcootest peut être pratiqué (voir procédure définie au sein des établissements) :

- À toute personne affectée à l'exécution de certains travaux dangereux, à la manipulation de matières et produits dangereux, à la conduite de véhicules.
- Par le supérieur hiérarchique ou un responsable dûment mandaté par le chef d'établissement.

Le professionnel sera informé de la possibilité qu'une tierce personne soit présente lors de l'alcootest et de la possibilité de procéder à une contre-expertise.

Tout personnel effectuant une activité à risque pour sa sécurité ou celle de tiers pourra être soumis à un contrôle d'alcoolémie par alcootest dans les conditions précitées. Ces contrôles sont réalisés dans le but d'assurer la sécurité des agents présents sur le site.

## **SECTION 4 : CIRCULATION ET STATIONNEMENT AUTOMOBILES**

### **Article 249 – Voirie hospitalière et circulation des véhicules**

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de chaque site des établissements constituent des dépendances du domaine public de l'établissement, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers des établissements du GHT, ne peuvent être considérés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation.

Dans les enceintes des différents sites des établissements, la circulation des véhicules est soumise au respect des règles du Code de la route. Les conducteurs doivent rouler au pas et sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

Aux abords des bâtiments et sur les aires de stationnement, tout conducteur a l'obligation de réduire sa vitesse en fonction des difficultés de circulation et des obstacles prévisibles.

### **Article 250 – Le stationnement des véhicules**

Dans les enceintes des différents sites des établissements, les véhicules ne peuvent être stationnés que sur des emplacements manifestement prévus à cet effet et ne doivent en aucune manière gêner les circulations ou bloquer des voies d'accès.

Aucun stationnement n'est toléré sur les voies réservées pour l'intervention des secours extérieurs.

#### **La durée de stationnement**

Les véhicules du personnel stationnent pendant la période du travail quotidien.

Les véhicules des fournisseurs stationnent pendant la période correspondant à la livraison des marchandises.

Les véhicules de type ambulances de ville, véhicules sanitaires légers, ambulances d'autres hôpitaux, taxis sont tenus à un stationnement de courte durée, limité au temps nécessaire à la montée et à la descente des passagers, à l'exclusion du délai qui peut s'écouler entre l'arrivée d'un consultant et la fin des examens ou soins dont il aura été l'objet.

## CHAPITRE VII : DISPOSITIONS DIVERSES

### SECTION 1 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PLANS D'URGENCES SANITAIRES

#### Article 251 – Le Plan Blanc

Les établissements du GHT sont dotés d'un plan blanc, conformément aux dispositions légales et réglementaires. **Le plan blanc s'inscrit dans le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE).**

Il s'agit d'un dispositif définissant les modalités de gestion de crise d'un établissement de santé. Il permet de fait de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont dispose un établissement pour faire face à un afflux de patients dans un contexte de situation sanitaire exceptionnelle.

Ce document est accessible aux personnels sur ENNOV. Les références sont les suivantes :

- CH de Flers : CH FLERS-PROC-086
- CH de Vire : CH VIRE-PROC126
- CHIC des Andaines : CHIC-MO-014

#### Texte(s) de référence

Décret n°2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles  
CSP., art. L. 3131-7

#### Article 252 – Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE)

Le PGTHSSE prend en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif ORSAN (Organisation de la Réponse du Système de santé en cas de situations sanitaires exceptionnelles). Il est organisé selon 2 niveaux de réponse :

- Le niveau « Plan de mobilisation interne » pour la gestion des tensions hospitalières ;
- Le niveau « Plan blanc » pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

Le PGTHSSE contient :

- Les modalités d'organisation de la cellule de crise hospitalière,
- Les procédures de gestion des événements,
- Les modalités de continuité de l'activité de l'établissement,
- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
- Le recensement des moyens de réponse en particulier des produits de santé et des médicaments ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif "ORSAN" ;
- Le plan de formation des personnels et professionnels de santé de l'établissement aux SSE.

#### Texte(s) de référence

Décret n°2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles  
CSP., art. L. 3131-7, R. 3131-10 à 11

## Article 253 – Le dispositif ORSAN

Le dispositif ORSAN régional constitue le cadre de préparation et de réponse opérationnelle du système de santé face aux SSE. Il a pour objectif d'organiser à l'échelle de la région la réponse du système de santé en assurant sa montée en puissance. Il comprend 5 plans opérationnels :

- **ORSAN AMAVI** : accueil massif de victimes non contaminées d'un évènement grave (ex : accident, catastrophe, attentat) ;
- **ORSAN EPI-CLIM** : prise en charge des tensions dans l'offre de soins liées au nombre important de patients suite à une épidémie saisonnière et/ou lors d'un phénomène climatique, voire environnemental important ;
- **ORSAN REB** : prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent ;
- **ORSAN NRC** : prise en charge des patients dans le cadre d'un risque nucléaire, radiologique ou chimique ;
- **ORSAN MEDICO-PSY** : prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un évènement grave (accident, catastrophe, attentat).

## Article 254 – Le Plan Bleu

Le Plan Bleu est un document obligatoire pour tout établissement hébergeant des personnes âgées. Il est accessible pour chaque établissement dans la plateforme de gestion documentaire ENNOV.

Il a pour objectif de prévenir et réduire les conséquences sanitaires d'une canicule en définissant le rôle de chacun, les procédures qui prévalent en cas de crise, les protocoles de mobilisation des personnels, le niveau des équipements et des stocks nécessaires pour faire face à une crise de longue durée et les modalités de la sensibilisation des personnels aux bonnes pratiques de prévention.

## Article 255 – Dérogations au règlement intérieur en cas de situation sanitaire exceptionnelle

En cas de survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle portant atteinte à l'organisation et au fonctionnement normaux de l'établissement et, après concertation avec le directoire, le directeur peut décider, sur la base de son pouvoir de police administrative ou sur la base d'un texte législatif ou réglementaire l'y autorisant, de suspendre l'application de dispositions contenues dans le présent règlement intérieur et d'édicter des mesures exceptionnelles permettant de garantir la continuité du service public. Il en informe, sans délai, l'ARS.

Dans le respect et la limite de leurs compétences respectives, il recueille l'avis du Conseil de surveillance, de la CME et du CSE sur les mesures prises dans un délai maximum de deux mois, et pour toute prolongation au-delà de ce délai.

## SECTION 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR

### Article 256 – Opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose à l'ensemble des professionnels ou stagiaires intervenant au sein des établissements du GHT, ainsi qu'aux usagers du service public.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

## Article 257 – Procédure de modification du présent règlement

Conformément au Code de la santé publique, le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le directeur après concertation avec le directoire, et après avis de la CME, du CSE et du conseil de surveillance de chaque établissement partie au GHT. La CSIRMT est informée des modifications portées au règlement intérieur.

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

Elles sont proposées par un comité de suivi qui peut se réunir afin d'examiner les projets de mise à jour des rubriques qui sont transmis par les directions désignées responsables de leur maintenance par référence au tableau en vigueur de répartition des thèmes.

La composition de ce comité est la suivante :

- Le directeur du centre hospitalier, ou son représentant
- Un médecin représentant la CME
- Le directeur de la qualité et de la gestion des risques
- Le coordonnateur général des soins ou son représentant

S'ajoute à ces membres permanents le directeur (ou son représentant) de toute autre direction concernée par les thèmes à l'ordre du jour de la réunion.

### Texte(s) de référence

CSP., art. L. 6143-1, L. 6143-7, R. 6144-1, R. 6144-40

Fait à Flers, le 24 juin 2025

**David TROUCHAUD**

**Directeur de la Direction Commune**

**des Centres Hospitaliers de Flers, de Vire, du CHIC**

**des Andaines et de l'EHPAD de Carrouges**

