centre hospitalier de Brive

REGLEMENT INTERIEUR

HÔPITAL DE BRIVE

Le Centre Hospitalier de Brive est un établissement public de santé doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

D'après le code de la santé publique (art. L6111-1 et suivant), le Centre Hospitalier de Brive garantit l'égal accès de tous aux soins qu'il dispense et est ouvert à toutes les personnes dont l'état requiert ses services. Il doit être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

Le Centre Hospitalier de Brive :

- assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients ;
- participe à des actions coordonnées de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ;
- participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales.

Il a pour objet de dispenser avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ;
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion ;
- des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Outre ces missions, il concourt :

- à la formation continue des praticiens hospitaliers ;
- à la recherche médicale et pharmaceutique ;
- à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et des autres personnels dans leurs domaines de compétences ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;
- à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, dans une dynamique de réseaux.

Il est par ailleurs tenu de :

- développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience ;
- mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité visant à obtenir sa certification.

SOMMAIRE

TITRE I / Procédures relatives au règlement intérieur **7**
I. Objet 7
II. Champs d'application 7
III. Approbation et modification du règlement intérieur 7
IV. Mise à disposition du règlement intérieur 8
TITRE II / Organisation générale du Centre Hospitalier de Brive **8**
Chapitre 1 : Les organes décisionnaires ***8***
I. Le Conseil de surveillance (art. L 6143-1 ; L 6143-4 et suiv.; art. R 6143-1 et suiv. CSP) 8
II. Le Directoire (art. L 6143-7 ; L6143-7-4 et suiv. ; D 6143-35-1 et suiv. CSP) 9
III. Le Directeur et l'équipe de direction (art. L 6143-7 et suiv., art. L 6146-1, art. D 6143-33 et 34 CSP) 11
Chapitre 2 : Les instances consultatives générales ***12***
I. La Commission médicale d'établissement – CME (art. L 6144-1 et 2 ; R 6144-1 et suiv. CSP) 12
II. Le Comité technique d'établissement – CTE (art. L 6144-3 et suiv. et R 6144-40 et suiv. CSP) 14
Chapitre 3 : Les instances consultatives spécialisées ***15***
I. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques – CSIRMT (art. L 6146-9 et art. R 6146-10 et suiv. CSP) 15
II. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail – CHSCT (art. L 4611-1 à L 4616-6 ; art. R 4615-1 à R 4615-21 du Code du travail) 16
III. La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge - CRUQPEC (art. R 1112-3 et R 1112-79 et suiv. CSP) 18
IV. La commission d'activité libérale (art. L 6154-5 et R 6154-11 et suiv. CSP) 19
V. Le Conseil de la Vie Sociale (art. D 311-3 et suiv. du Code de l'action sociale et des familles) 20
Chapitre 4 : Les pôles d'activités ***20***
I. Dispositions générales (art. L 6146-1 et suiv. et R 6146-2 et suiv. CSP) 20
II. Le découpage en pôles d'activité 22

TITRE III / Mesures de police générale : sécurité et hygiène 22
Chapitre 1 : Nature, objet et champs d'application des règles de sécurité 22
I. Nature des règles de sécurité 22
II. Objet et champs d'application des règles de sécurité 23
Chapitre 2 : Sécurité générale 23
I. Accès à l'hôpital 23
II. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital 24
III. Matériel de sécurité générale 24
IV. Règles de responsabilité 24
V. Rapports avec l'autorité judiciaire 24
VI. Rapports avec les autorités de police 25
VII. Circonstances exceptionnelles 25
Chapitre 3 : Sécurité de fonctionnement 26
I. Gestion des risques 26
II. Personnel technique et continuité du service 26
III. Sécurité incendie 26
IV. Interdiction de fumer 27
Chapitre 4 : Circulation et stationnement automobile 27
I. Nature de la voirie hospitalière 27
II. Règles et sanctions applicables 28
TITRE IV / Dispositions relatives à l'admission, au séjour et à la sortie du patient 28
Chapitre 1 : Admission 28
I. Dispositions générales 28
II. Dispositions particulières 35
Chapitre 2 : Information médicale et consentement aux soins 40
I. Information des patients 40
II. Consentement aux soins 43
III. Dispositions particulières aux patients mineurs et aux majeurs sous tutelle 44
IV. Don et utilisation du sang 46
V. Dons et prélèvements d'autres éléments et produits du corps 47
Chapitre 3 : Séjour du patient 48
I. Respect du patient 48
II. Principes régissant le séjour du patient 49

III. Accès aux personnes étrangères à l'établissement 52
IV. Règles diverses 52
Chapitre 4 : Sortie des patients 54
I. Sortie en fin de séjour : dispositions générales 54
II. Dispositions particulières 55
III. Frais de séjour 57
Chapitre 5 : La fin de vie et le décès de la personne hospitalisée 58
I. La fin de vie 58
II. Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée 59
III. Transport du corps 61
IV. Autopsie et prélèvement sur personne décédée 63
TITRE V / Dispositions relatives au personnel hospitalier 64
Chapitre 1 : Principes fondamentaux liés au respect du patient 64
I. Secret professionnel 64
II. Obligation de discrétion professionnelle 64
III. Obligation de réserve et principe de neutralité 65
IV. Obligation d'assurer le confort du patient 65
V. Identification vis-à-vis des interlocuteurs 65
VI. Respect du libre choix du patient et de son entourage 65
Chapitre 2 : Principes d'exercice professionnel 66
I. Obligation de désintéressement 66
II. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative 66
III. Interdiction de bénéficier d'avantages privés en nature ou en espèces 66
IV. Exécution des instructions reçues 67
V. Obligations afférentes à la continuité des soins 67
VI. Information du supérieur hiérarchique 67
VII. Obligation de signalement des incidents ou des risques 67
VIII. Témoignage en justice ou auprès de la police 68
IX. Bon usage des biens de l'hôpital 68
X. Bonne utilisation du système d'information 68
XI. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés à l'hôpital 68
XII. Respect des règles d'hygiène et de sécurité 68
Chapitre 3 : Droit des personnels 69

I. Liberté d'opinion – non-discrimination 69
II. Protection contre le harcèlement 70
III. Liberté d'expression 70
IV. Liberté syndicale – droit de grève 70
V. Protection organisée des fonctionnaires 70
VI. Droit d'accès à son dossier administratif 71
VII. Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail 71
VIII. Droit à la formation 71

ANNEXES 73

1. Charte de la personne hospitalisée
2. Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
3. Charte de l'usager en santé mentale
4. Charte des bonnes relations professionnelles
5. Charte de la bientraitance
6. Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé
7. Charte d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet
8. Procédure de suivi médical des patients hébergés
9. Composition de la CME au CH de Brive

TITRE I / Procédures relatives au règlement intérieur

I. Objet

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Brive rappelle à chacun ses droits et ses devoirs afin d'organiser la vie dans l'Hôpital dans l'intérêt de tous. Il constitue à la fois le fondement juridique et le support de mise en œuvre de la police administrative exercée par le directeur.

Il s'appuie pour cela sur les dispositions du Code de la santé publique et les autres textes législatifs et réglementaires régissant l'activité hospitalière. Il poursuit un double objectif :

- informer les patients et leur entourage, rappeler aux personnels, les grandes règles de fonctionnement du centre hospitalier ;
- préciser les dispositifs pour lesquels le législateur a accordé une autonomie d'organisation : composition de certaines instances, modalités d'organisation fonctionnelle des activités cliniques et médicotechniques par exemple.

Il complète certains aspects du livret d'accueil et décrit la démarche qualité relative à la prise en charge du patient (art R 1112-77 CSP)

II. Champs d'application

Le présent règlement s'applique dans l'ensemble des locaux, lieux de travail, parking et sites du centre hospitalier de Brive.

Il s'applique, sauf dispositions particulières, contraires ou spécifiques à tous les usagers, salariés, sans réserve et également aux personnes effectuant un stage dans l'établissement.

III. Approbation et modification du règlement intérieur

Le règlement intérieur fait partie des attributions du Directeur Général du Centre Hospitalier, en sa qualité de président du Directoire (article L6143-7 13° du Code de la Santé Publique). Il est ainsi compétent pour arrêter le règlement intérieur après concertation avec le Directoire, avis du Conseil de surveillance, de la Commission médicale d'établissement et du Comité technique d'établissement.

Le Directeur Général veille également à la bonne application du règlement intérieur.

Le présent règlement intérieur fera l'objet de mises à jour régulières, selon la même procédure, lorsque des dispositions légales ou réglementaires en modifieront le contenu.

Il prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date d'approbation.

IV. Mise à disposition du règlement intérieur

Le règlement intérieur est disponible à l'accueil principal et est consultable sur demande (art. R1112-78 CSP) pour toute personne intéressée auprès de la Direction Générale. Il est également accessible sur le site internet / intranet de l'hôpital.

TITRE II / Organisation générale du Centre Hospitalier de Brive

Chapitre 1 : Les organes décisionnaires

I. Le Conseil de surveillance (art. L 6143-1 ; L 6143-4 et suiv.; art. R 6143-1 et suiv. CSP)

- **Composition**

Le Conseil de surveillance se compose de quinze membres répartis en trois collèges :

- cinq représentants des collectivités territoriales dont le maire de la commune de Brive, un représentant du Conseil Départemental de la Corrèze et un représentant de l'agglomération de Brive ;
- cinq représentants du personnel désignés par : la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ; la Commission Médicale d'Etablissement ; les organisations syndicales en fonction des résultats des élections au Comité Technique d'Etablissement ;
- cinq personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et le Préfet, dont deux représentants des usagers.

- **Compétences**

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Dans ce cadre, il communique au Directeur régional de l'Agence de santé ses observations sur le rapport annuel du directeur et sur la gestion de l'établissement. Il peut également opérer les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Il nomme le commissaire aux comptes dans le cadre de la certification des comptes.

Le Conseil de Surveillance délibère sur :

- Le projet d'établissement ;

- La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du CSP ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une Communauté Hospitalière de Territoire dès lors qu'un Centre Hospitalier Universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements de santé ;
- Le rapport annuel d'activité présenté par le Directeur ;
- Toute convention intervenant entre l'établissement public 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'article L.6145-7 du CSP.

Il donne son avis sur :

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

▪ Fonctionnement

La durée de mandat des membres du Conseil de Surveillance est de 5 ans. Ce mandat prend fin en même temps que le mandat ou la fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le président du Conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres et ne peut délibérer que si la moitié de ses membres sont présents.

II. Le Directoire (art. L 6143-7 ; L6143-7-4 et suiv. ; D 6143-35-1 et suiv. CSP)

▪ Composition

Le Directoire se compose de sept membres du personnel de l'établissement dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Le directeur préside le directoire, le président de la CME en est le vice-président et le président de la CSIRMT y est membre de droit. Les autres membres sont nommés et révoqués par le Directeur, après information du conseil de surveillance.

Peuvent également participer au Directoire le vice-président de la Commission médicale d'établissement, les chefs de pôles et les membres de l'équipe de direction. Le médecin DIM est également associé aux travaux du Directoire.

Le Directoire peut inviter à ses séances tout professionnel dont les compétences sont requises pour l'analyse d'un dossier.

- **Compétences**

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Après concertation avec le directoire, le Directeur :

- Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Décide, conjointement avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions de prise en charge des usagers ;
- Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement, après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 du CSP, le plan global de financement pluriannuel, et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du Code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- Arrête L'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôles d'activité ;
- Peut proposer la participation à des coopérations et des réseaux ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 du CSP ;
- Arrête le plan blanc de l'établissement ;
- Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale.

- **Fonctionnement**

Les membres du directoire sont nommés pour une durée de 4 ans. Le mandat des membres nommés prend fin soit lors de la nomination d'un nouveau Directeur, soit lorsque le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire. Dans ce dernier cas, un nouveau membre est désigné pour la durée du mandat en cours.

Le Directoire se réunit au moins 8 fois par an à l'initiative de son Président sur un ordre du jour déterminé.

Un relevé de conclusion est établi après chaque séance et transmis aux membres du Directoire.

III. Le Directeur et l'équipe de direction (art. L 6143-7 et suiv., art. L 6146-1, art. D 6143-33 et 34 CSP)

- **Le Directeur de l'établissement**

Le Directeur, Président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement, représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il a compétence pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent du conseil de surveillance, dont il exécute les délibérations.

Le Directeur, après concertation avec le directoire, prend les décisions institutionnelles en matière financière, d'organisation interne mais également de relations avec les partenaires de l'hôpital.
Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement soit directement, soit en émettant des propositions au Centre National de Gestion (directeurs adjoints, directeurs des soins, praticiens hospitaliers).

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, de leurs responsabilités dans l'administration des soins et de leur indépendance dans l'exercice de leur art.

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

Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret (art. D6143-33 à 35 CSP). Ces délégations sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au Conseil de Surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

- **L'équipe de direction**

Le directeur est assisté dans ses fonctions par une équipe de direction dont il arrête l'organigramme fonctionnel.

Chapitre 2 : Les instances consultatives générales

I. La Commission médicale d'établissement – CME (art. L 6144-1 et 2 ; R 6144-1 et suiv. CSP)

- **Composition**

La Commission médicale d'établissement se compose de :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activité cliniques et médico-techniques ;
- Représentants élus des responsables des structures internes (chefs de services, responsables d'Unités Médicales) ;
- Représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- Représentants élus des personnels temporaires, ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral ;
- Représentants élus des sages-femmes ;
- Représentants des internes.

Le président du directoire, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le praticien responsable de l'information médicale, le représentant du CTE ainsi que le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène, un représentant des pharmaciens hospitaliers ont une voix consultative.

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement (cf. Annexe 9).

- **Compétences**

La CME est consultée sur les mêmes matières que le CTE :

- Les projets de délibération du Conseil de Surveillance mentionnées à l'article L. 6143-1 du CSP
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 du CSP ;
- L'organisation interne de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Elle est spécialement consultée sur :

- le projet médical ;
- la politique en matière de coopération territoriale ;
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation ;
- la politique de formation des étudiants et internes ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ;
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques, pharmaceutiques ;
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Elle est informée sur :

- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- les contrats de pôles ;
- le bilan annuel des tableaux de service ;
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la programmation de travaux, d'aménagements susceptibles d'avoir un impact dur la qualité et la sécurité des soins.

La CME jour un rôle important quant à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins :

- gestion globale et coordonnée des risques liés aux activités de l'établissement ;
- vigilance et sécurité sanitaire ;
- politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- Prise en charge de la douleur ;
- DPC personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

Elle contribue également à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers :

- réflexions éthiques ;
- évaluation des prises en charge, notamment non programmées ;
- évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- politique de Santé Publique ;
- fonctionnement de la Permanence Des Soins ;
- organisation des parcours de soins.

Dans ce cadre la CME propose au directeur un programme d'actions assortis d'indicateurs de suivi et élabore un rapport annuel présentant l'évolution de ces indicateurs. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la CRUQPEC.

- **Fonctionnement**

La commission médicale élit son Président et Vice-Président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Leur mandat est de 4 ans, renouvelable une fois. Les fonctions de Président de cette commission sont incompatibles avec celles de chef de pôle. Le Président veille au bon fonctionnement de la commission.

La Commission Médicale d'Etablissement se réunit au moins quatre fois par an sur proposition de son président ou sur demande du tiers de ses membres, du président du Directoire ou du directeur général de l'ARS. La commission définit librement son organisation interne (sous-commissions) dans son propre règlement intérieur.

II. Le Comité technique d'établissement – CTE (art. L 6144-3 et suiv. et R 6144-40 et suiv. CSP)

- **Composition**

Le Comité Technique d'Etablissement est l'instance consultative représentative des personnels non médicaux de l'établissement, il associe les personnels hospitaliers à la gestion de l'établissement.

Les représentants des personnels sont élus pour 4 ans renouvelables au scrutin de liste avec représentation proportionnelle. Ils sont élus par collège, conformément aux dispositions réglementaires, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs.

Le Comité Technique d'Etablissement est présidé par le Directeur ou son représentant. Le président de la Commission Médicale d'Etablissement est aussi membre de ce comité. Les directeurs adjoints peuvent assister aux séances.

- **Compétences**

Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur les mêmes matières que la CME :

- les projets de délibération du Conseil de Surveillance mentionnés à l'article L. 6143-1 du CSP ;
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-7 du CSP ;
- l'organisation interne de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Il est également consulté sur les matières suivantes :

- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement ;
- la politique générale de formation du personnel ;
- les critères de répartition de certaines primes ;
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement, le bilan social ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- le règlement intérieur.

Le CTE est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement ainsi que du CPOM et des décisions en matière de coopérations avec d'autres acteurs de santé.

- **Fonctionnement**

Le Comité Technique d'Etablissement se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président ou à la demande de la moitié au moins de ses membres titulaires. 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.

Le Comité technique d'établissement se dote d'un règlement intérieur d'assemblée voté en séance.

Chapitre 3 : Les instances consultatives spécialisées

I. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques – CSIRMT (art. L 6146-9 et art. R 6146-10 et suiv. CSP)

- **Composition**

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le Coordonnateur général des soins. Le président du directoire siège aux séances.

La commission comprend des membres élus représentant les cadres de santé, les personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les aides-soignants. De plus, toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président.

Participent avec voix consultative :

- le Directeur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers ;
- un représentant des étudiants en soins infirmiers de troisième année ;
- un représentant des élèves aides-soignants ;

- un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement.

Attributions

La Commission du Service de Soins Infirmiers est consultée pour avis sur :

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

Elle est aussi informée sur le règlement intérieur, le rapport annuel d'activité de l'établissement et la participation de professionnels libéraux aux missions de service public et activités de soins de l'établissement.

Fonctionnement

La Commission du Service de Soins Infirmiers se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président. Celui-ci est également tenu de la convoquer chaque fois que le Directeur de l'établissement ou la moitié des membres au moins de la Commission ou le directeur général de l'ARS lui en fait la demande.

Le fonctionnement de la commission fait l'objet d'un règlement intérieur.

II. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail – CHSCT (art. L 4611-1 à L 4616-6 ; art. R 4615-1 à R 4615-21 du Code du travail)

Composition

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail comprend :

- le Directeur de l'établissement ou son représentant qui assure la présidence ;
- les représentants des personnels non-médicaux désignés par les organisations syndicales ;
- un représentant des personnels médicaux désigné par la Commission Médicale d'Etablissement ;
- les suppléants qui peuvent assister aux réunions sans prendre part aux débats ni aux votes.

La durée du mandat est liée à la durée du mandat des membres des Comités Techniques d'Etablissement pour les représentants des personnels non médicaux et à celle du mandat des membres de la Commission Médicale d'Etablissement pour le représentant des personnels médicaux.

Participent avec voix consultative :

- le Médecin du travail ;
- le Responsable de l'équipe d'hygiène ;
- le Directeur Adjoint chargé des achats, de la logistique et des infrastructures ou son représentant ;
- le Directeur Adjoint chargé des Ressources humaines ou son représentant ;
- le coordonnateur général des soins ou son représentant ;
- l'Ingénieur responsable des services techniques ou son représentant ;
- l'Inspecteur du travail.

Attributions

Ses missions sont fixées par le Code du travail et détaillées dans le règlement intérieur du Comité, il :

- analyse les risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents de l'établissement et propose des initiatives et des actions pour les prévenir ;
- s'assure du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des consignes de sécurité et d'hygiène. Il est informé de toutes les actions ayant trait à la sécurité dans l'établissement ;
- formule des propositions et des conseils auprès de la Direction de l'Etablissement ;
- procède aux inspections et enquêtes nécessaires à l'exercice de ses missions et effectue des enquêtes en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- peut exercer le droit d'alerte en cas de danger grave et imminent ;
- intervient lorsqu'un salarié fait usage du droit d'alerte ou du droit de retrait.

Fonctionnement

Les réunions du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont lieu au moins une fois par trimestre, sur convocation du Président. Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ou à la demande d'au moins deux membres représentants du personnel.

Le secrétaire est élu parmi les représentants du personnel. Le fonctionnement du Comité fait l'objet d'un règlement intérieur.

III. La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge - CRUQPEC (art. R 1112-3 et R 1112-79 et suiv. CSP)

▪ Composition

La Commission est composée :

- du Directeur de l'Etablissement, ou son représentant, président de la Commission ;
- d'un médiateur médical, nommé par le directeur, et de son suppléant ;
- d'un médiateur non médical, nommé par le directeur, et de son suppléant ;
- de deux représentants titulaires des usagers, désignés par le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation ainsi que deux représentants suppléants ;
- d'un représentant de la Commission médicale ;
- d'un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de son suppléant, désignés par le Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- d'un représentant du personnel et de son suppléant, choisis par les membres du CTE en son sein ;
- d'un représentant du Conseil de surveillance et de son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées ;
- du Directeur des Usagers, de la Qualité et des Affaires Générales.

▪ Attributions

La Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.
Pour cela, elle est informée de l'ensemble des plaintes, réclamations ou satisfactions formulées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.

D'autres informations sont portées à sa connaissance comme :

- les demandes d'accès aux dossiers médicaux (nombre et délais de réponse) ;
- les résultats des enquêtes de satisfaction ;
- les recours gracieux ou juridictionnels (nombre, nature, issue).

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel sur lequel le Conseil de Surveillance délibère.

▪ Fonctionnement

Le Président ne peut prendre part aux votes et peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

Les membres de la Commission, autres que le Président, ne peuvent siéger lorsque la Commission délibère sur une plainte ou une réclamation les concernant. Les informations échangées au cours des séances de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont confidentielles.

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelables. La durée des autres mandats prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels ils ont été désignés.

La Commission se réunit sur convocation de son Président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. Elle se dote d'un règlement intérieur d'assemblée.

IV. La commission d'activité libérale (art. L 6154-5 et R 6154-11 et suiv. CSP)

- **Composition**

La commission est composée d'un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Corrèze, du conseil de surveillance, de l'ARS du Limousin, et de la CPAM de la Corrèze. Participent aussi un représentant des praticiens exerçant une activité libérale, un représentant des praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ainsi qu'un représentant des usagers du système de santé.

- **Attribution**

Cette commission est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, au respect des dispositions législatives et règlementaires la régissant.

Elle 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 CPAM, le président du conseil de surveillance, le président de la CME et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

Elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Ce rapport est communiqué à la CME, au conseil de surveillance, au directeur de l'ARS et au Préfet.

V. Le Conseil de la Vie Sociale (art. D 311-3 et suiv. du Code de l'action sociale et des familles)

Un conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu. Il comprend des représentants des personnes accueillies, des familles, du personnel, de l'organisme gestionnaire. Son président est élu parmi les représentants des personnes accueillies ou des familles.

Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, etc. Il est également consulté sur le projet d'établissement.

Chapitre 4 : Les pôles d'activités

I. Dispositions générales (art. L 6146-1 et suiv. et R 6146-2 et suiv. CSP)

Pour l'accomplissement de ses missions, l'établissement est organisé en pôles d'activités.

Le directeur définit librement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement, après avis du Président de la CME. Les pôles d'activités peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, notamment dénommées services.

- **Les missions des pôles**

Les missions des pôles sont définies par les projets de pôle, en référence au projet d'établissement.

Les pôles participent aux performances de la gestion de l'établissement en fonction des moyens qui leurs sont délégués et dans le respect des objectifs qui leurs sont assignés.

- **Le chef de pôle**

Les chefs de pôles sont nommés par le Directeur pour une période de 4 ans renouvelable, sur présentation d'une liste élaborée par le Président de la CME pour les pôles cliniques et médico-techniques.

Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle dans le contrat de pôle.

Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. Il intervient dans la gestion des personnels médicaux et assure la concertation interne au sein du pôle. Tous les chefs de pôles siègent à la CME de l'établissement.

- **Le contrat de pôle**

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis du Président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans des domaines limitativement énumérés. Il précise également le rôle du chef de pôle sur certains thèmes, et, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion

Les contrats de pôle ont une durée de quatre ans et pourront faire l'objet d'un avenant à l'occasion de chaque évaluation annuelle.

- **Le projet de pôle**

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles, et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il est élaboré par le chef de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

- **Les responsables de structures internes, services et unités fonctionnelles (art. R6146-4 et suiv. CSP):**

Ils sont nommés par le Directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du Président de la CME. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne par décision du directeur, après avis du Président de la CME et du chef de pôle.

II. Le découpage en pôles d'activité

Le Centre hospitalier de Brive dispose de huit pôles d'activités déclinés-ci dessous :

1. le pôle médecine
2. le pôle chirurgie
3. le pôle cancérologie
4. le pôle gériatrie
5. le pôle de surveillance médicale continue
6. le pôle psychiatrie
7. le pôle Femme Mère Enfant
8. le pôle support

TITRE III / Mesures de police générale : sécurité et hygiène

Chapitre 1 : Nature, objet et champs d'application des règles de sécurité

I. Nature des règles de sécurité

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

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur les édicte par voie de recommandations générales ou de 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. Ainsi, la réglementation autorise le directeur à prendre des mesures de contrainte à l'encontre des patients et des agents qui porteraient atteinte à la santé, la sécurité et la tranquillité (art. R1112-49 CSP).

Le Directeur de l'établissement veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital, au respect des règles de sécurité et coordonne leur mise en œuvre.

II. Objet et champs d'application des règles de sécurité

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

Elles sont opposables à toute personne se trouvant sur le site hospitalier à quelque titre que ce soit.

Chapitre 2 : Sécurité générale

I. Accès à l'hôpital

L'accès aux sites du Centre Hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, aux visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions professionnelles. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général certaines mesures restrictives.

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

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

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions du présent règlement, il est interdit d'introduire à l'hôpital alcool, drogues, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux et prohibés par la loi seront déposés auprès de l'administration hospitalière et remis aux autorités de police, contre récépissé.

Les animaux, domestiques ou non**,** ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement, à l'exception des chiens des personnes non voyantes

II. Calme et tranquillité au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui ne respecte pas les dispositions du présent règlement intérieur et crée un trouble au sein de l'hôpital, s'il persiste, peut être astreint à quitter le site et, si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital par la force publique.

III. Matériel de sécurité générale

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

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

IV. Règles de responsabilité

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.
Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le Directeur porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier.

Le Centre hospitalier de Brive, représenté par son Directeur, peut se porter partie civile en cas d'affaire pénale concernant des faits de violence perpétrés à l'encontre du personnel.

V. Rapports avec l'autorité judiciaire

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

VI. Rapports avec les autorités de police

Seul le Directeur ou son représentant a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient, s'il y a lieu, de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des patients et d'une manière générale des droits du citoyen.

VII. Circonstances exceptionnelles

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

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

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Il peut ainsi faire interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuellement décidées (ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules.) ou à justifier le motif de son accès sur le site.

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

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou de sécurité générale (tel que Vigipirate), le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Pour faire face à un afflux massif de victimes, le Directeur de l'établissement, peut déclencher le plan blanc. Ce plan contient des mesures d'organisations destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle telles que la mobilisation de l'ensemble des moyens matériels et humains. A ce titre, les personnels nécessaires peuvent être maintenus sur place et, le cas échéant, rappelés quand la situation le justifie.

Chapitre 3 : Sécurité de fonctionnement

I. Gestion des risques

Le Directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des autres personnes fréquentant chaque site.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Il informe régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

II. Personnel technique et continuité du service

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

III. Sécurité incendie

Le site est assujetti 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 et 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 ;
- la prohibition de l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage dans les locaux non appropriés.

Une équipe de sécurité incendie et de lutte contre la malveillance est instituée dans l'établissement.

IV. Interdiction de fumer

En référence à l'article R3511-1 du code de la santé publique, il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital. Cette interdiction concerne au même titre les locaux d'accueil et de réception, les locaux affectés à la restauration collective, les salles de réunion et de formation, les bureaux, les salles et espaces de repos et tous les locaux sanitaires et médico-sanitaires, y compris les chambres.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux l'interdiction de fumer.

Chapitre 4 : Circulation et stationnement automobile

I. Nature de la voirie hospitalière

Les voies dans l'enceinte du site composant le Centre Hospitalier de Brive constituent des dépendances du domaine public de l'établissement que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

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

Les dispositions du Code de la route, matérialisées par la signalisation adéquate, sont applicables dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Brive.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruit.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait engager la responsabilité de l'établissement en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou de déprédations.

II. Règles et sanctions applicables

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

En matière de circulation, le Directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions et caravanes).

En matière de stationnement, il peut définir les conditions d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement.

La Direction de l'établissement se réserve le droit d'interdire, temporairement ou définitivement, l'accès en véhicule à ses sites aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux paragraphes précédents. De plus, la direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier. Il en est de même pour tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave.

TITRE IV / Dispositions relatives à l'admission, au séjour et à la sortie du patient

Chapitre 1 : Admission

I. Dispositions générales

- **Accueil et admission**

Principe du libre choix du patient

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

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital. Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les patients ont le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

Accueil des patients

L'établissement garantit l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination, que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques.

Les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel sont prévus. L'ensemble des locaux de l'établissement visent à être accessibles aux personnes handicapées.

L'accès au service public hospitalier est garanti aux personnes les plus démunies. Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'Etat sont prises en charge pour les soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux.

Par période de grand froid, toute personne en rupture sur le plan familial ou démunie de logement, peut être prise en charge, en l'absence de toute autre solution d'hébergement, dans la mesure où elle ne trouble pas le fonctionnement du service public. Le Service social prend toutes dispositions utiles pour les orienter vers les services sociaux publics ou associatifs compétents.

L'établissement tient compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien. Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes est recherché.

Modalités d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

A cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant, doit présenter au bureau des admissions :

- sa carte d'assuré social Vitale, permettant de lire l'ouverture présumée des droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- une pièce officielle d'identité comportant une photographie ;
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur.

Si le patient ne peut présenter sa carte Vitale ou justifier de l'ouverture de ses droits, il se doit de régler à sa sortie ses frais d'hospitalisation.

Le patient ou ses proches doivent respecter les règles élémentaires de courtoisie, de confidentialité et de respect lorsqu'ils se trouvent à proximité d'un guichet d'admission. A défaut, ils pourraient être invités à quitter l'établissement.

Livret d'accueil

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation un livret d'accueil. Il est tenu, à tout moment, à la disposition de toute personne qui en fait la demande pour consultation, à l'Accueil, situé dans le hall d'entrée.

Il contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La Charte de la personne hospitalisée est incluse dans ce livret ainsi qu'un questionnaire où le patient peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut remettre à sa sortie.

Compétence du directeur de l'établissement en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, elle est prononcée par le Directeur de l'établissement sur avis d'un médecin de l'établissement.

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

Désignation d'une personne de confiance

Pendant son séjour, le patient peut désigner, par écrit, une personne de son entourage en qui il aura toute confiance, pour l'accompagner tout au long des soins et décisions à prendre.

Cette personne que l'établissement considèrera comme sa « personne de confiance », sera consultée dans le cas où le patient ne serait pas en mesure d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La personne de confiance pourra en outre assister aux entretiens médicaux afin de participer aux prises de décisions concernant le patient.

A tout moment, le patient peut annuler la désignation ou en modifier les termes.

Le patient conserve la possibilité de désigner une personne à prévenir, qui peut être différente de la personne de confiance.

Choix du régime d'hospitalisation

Lors de son admission, le patient choisit, selon les disponibilités en lits du service entre le régime commun et le régime particulier.

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

Dans les services ne disposant que de chambres à un lit, la facturation du régime particulier tiendra compte de la situation financière du patient ou de l'existence d'une couverture complémentaire.

- **Accueil et admission en urgence**

Intervention des personnels en cas d'urgence survenant à proximité de l'hôpital

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate de l'établissement, les personnels de l'hôpital, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie publique.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesure doivent simultanément être mis en œuvre :

- l'appel interne au Service d'Accueil des Urgences qui déclenchera l'envoi sur les lieux d'une équipe médicalisée chargée de donner les premiers soins ;
- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente.

Qualité de la prise en charge par les services d'urgence

Une fiche est établie par le Service d'Accueil 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. Elle est transmise à la cellule de gestion des risques qui en assure l'exploitation statistique.

Information des familles des patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures possibles sont prises pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue.

Que le patient ait été conduit à l'hôpital par le SAMU, les Pompiers, la Gendarmerie ou tout autre moyen, il incombe aux agents des services des Urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du Directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre hôpital ou d'aggravation de l'état de santé d'un patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels.

Inventaire à l'admission

Dans le cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant dans les services d'Urgences, puis signé sans délai par un agent de l'hôpital habilité à le faire et par l'accompagnant si possible. L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient.

Tous les objets détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le Directeur pour être dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée pour les pertes, vols ou dégradations d'objets non déposés ou dont il n'a pas assuré la garde, lorsqu'une information orale et écrite a été donnée au patient.

Le reçu des objets pris en dépôt est remis au patient dès que son état le permet. Il reçoit une note l'informant des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés. 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.

Admission directe dans le service ou l'unité

Lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé vers un service ou une unité en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'élaboration de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

- **Modes d'admission**

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

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnu par le médecin ou l'interne de garde, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant à un service de consultations de l'Etablissement et attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission. Il est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin de service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utile à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient par le service de soins où aura lieu l'admission. Afin d'organiser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions pour y établir le dossier administratif d'admission.

Admission suivie d'un transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'hôpital constate que l'état du patient requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'hôpital ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le Directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis. L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf en cas d'urgence, après entente entre le médecin du service en charge du patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

Préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif, sauf en cas d'urgence, le patient doit en être informé. 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.

Admission en hospitalisation de jour

Les structures d'hospitalisation de jour permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

Elles dispensent, sur une durée journalière inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Ces structures sont organisées spécifiquement en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

Admission dans les unités de soin de suite et de réadaptation

Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après accord du médecin chef de service. Des prolongations de séjour doivent être demandées au cas où elles apparaîtraient nécessaires dès l'expiration de la durée du séjour initial.

Les unités de soins de suite et de réadaptation ne reçoivent les patients que temporairement. Il appartient aux différents services de rechercher pour la sortie la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient et de sa famille.

- **Consultations externes**

Organisation des consultations externes

Le Centre Hospitalier dispose de plusieurs services de consultations et de soins pour patients externes. Les consultants externes peuvent obtenir un rendez-vous par téléphone ou en se déplaçant au secrétariat des consultations externes, aux horaires indiqués.

Tarifs des consultations externes

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

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient, au moment de la consultation, de droits ouverts à la Sécurité Sociale bénéficient du tiers-payant pour la prise en charge par les organismes d'assurance maladie. Il en est de même pour le ticket modérateur avec les mutuelles conventionnées avec le Centre Hospitalier de Brive. En revanche, sauf exonération spécifique, ils doivent payer le ticket modérateur. Les consultants doivent obligatoirement fournir une pièce justificative d'ouverture de droits pour bénéficier du tiers-payant avant de bénéficier des soins au moment de l'admission.

Le Service social assiste les consultants en grande difficulté. Il les accompagne dans les démarches administratives nécessaires à l'ouverture de droits auprès de la Sécurité sociale ou à l'obtention de la Couverture Maladie Universelle.

Les patients procèdent aux paiements des frais à la régie centrale située au Bureau des entrées.

Les consultants externes doivent respecter les règles élémentaires d'attente.

Activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans l'établissement sont autorisés à y exercer une activité libérale à la triple condition que :

- les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans l'établissement ;
- la durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle ils sont astreints ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne peuvent être réservées à l'exercice de l'activité libérale.

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance. Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et le Centre Hospitalier de Brive.

Les patients peuvent être admis, sur leur demande écrite et avec l'accord du praticien intéressé, au titre de l'activité libérale de certains praticiens pour les consultations externes ou les actes médico-techniques. Cette prise en charge au titre de l'activité libérale ne peut résulter que d'une demande expresse du patient ou de l'un de ses parents. Il doit recevoir au préalable toute indication quant aux règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant aux tarifications et aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie.

Les plages horaires des consultations en activité libérale ainsi que les honoraires appliqués par les praticiens sont affichés dans le service à la vue du public.

Les consultations et les actes pratiqués dans ce cas sont à régler soit directement au médecin soit à l'administration hospitalière.

Ce choix présente un caractère définitif. Aucun patient ne peut être transféré dans le secteur libéral s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public et réciproquement. Toutefois, le transfert d'un secteur à l'autre peut être autorisé, à titre exceptionnel, par le Directeur sur la demande motivée du patient ou de ses ayants droit et après avis du chef de service.

II. Dispositions particulières

- **Les patients hébergés**

Lorsqu'un patient se présentant aux urgences nécessite une hospitalisation mais qu'il ne peut être accueilli dans le service de spécialité adéquat, faute de lit disponible, il est alors hébergé dans un autre service de l'établissement.

La continuité de la prise en charge est organisée d'un commun accord entre les équipes du service d'hébergement et les médecins du service de spécialité dont relève le patient, conformément à la procédure établie par la Commission Médicale d'Etablissement.

Cette procédure, annexée au présent règlement intérieur, définit les modalités concrètes de cette organisation ainsi que la répartition des responsabilités entre les équipes concernées.

- **Les patients mineurs**

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

En cas de conflit avec l'autorité parentale le mineur peut désigner, pour l'accompagner dans ses démarches, une personne majeure de son choix.

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

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

Le directeur d'un établissement scolaire est habilité à confier un mineur à l'établissement. Les parents du mineur doivent en être informés.

Si les parents de l'enfant sont eux-mêmes mineurs, ils disposent comme tous les autres parents d'un exercice conjoint de l'autorité parentale et peuvent demander l'admission de leur enfant.

- **Les majeurs protégés**

Majeur placé sous la sauvegarde de justice

Le majeur placé sous la sauvegarde de la justice conserve l'exercice de ses droits. L'admission est prononcée sur sa seule demande.

Majeur placé sous curatelle

Le majeur placé sous curatelle doit être contrôlé ou conseillé dans les actes de la vie civile. Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée sur demande conjointe du majeur et de son curateur.

Majeur placé sous tutelle

Le majeur sous tutelle est une personne représentée de manière continue par un tuteur dans tous les actes de la vie civile. Hors les cas d'urgence, l'admission est prononcée à la demande du tuteur. Toutefois, il convient de rechercher, lorsque cela est possible, le consentement de la personne.

- **Les patients souffrant de troubles psychiatriques**

L'hospitalisation libre reste le principe. Cependant, l'admission d'un patient en soins psychiatriques sans consentement est possible. Le cadre de ce type de prise en charge a été revu par la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge du 5 juillet 2011.

L'admission en soins psychiatrie sur la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (L3212-1, L3212-2 et R3212-1 CSP)

Lorsque les troubles mentaux de la personne malade rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale soit constante (hospitalisation) soit régulière (soins ambulatoires ou à domicile), deux procédures peuvent être mises en œuvre :

- L'admission peut être prononcée à la demande d'un tiers, qui peut être un membre de la famille, le tuteur ou curateur, ou toute personne pouvant justifier d'une ancienneté dans ses relations avec la personne qui lui donne une qualité pour agir dans son intérêt. La demande doit être manuscrite, complète et accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours dont l'un doit émaner d'un médecin indépendant de l'établissement d'accueil. Un seul certificat peut être présenté en cas de procédure d'urgence indiquant le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (article L 3212-3 CSP) ;
- Il est également possible d'admettre un patient lorsque qu'il est impossible d'obtenir une demande d'un tiers et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne malade, péril attesté par un certificat médical circonstancié qui ne peut émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil.

Avant la décision d'admission, le patient doit être informé de ce projet et mis à même de faire valoir ses observations. La décision d'admission est formulée par écrit et signée par le directeur ou son représentant. Des évaluations médicales sont réalisées à 24h et 72h et peuvent aboutir ou non à la levée de la mesure de contrainte avec, le cas échéant, un programme de soins adapté (L3211-2-1 CSP).

L'admission en soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat dans le département (L3213-1 CSP)

Cette procédure est mise en œuvre par le préfet du département par arrêté au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. La personne concernée doit présenter des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires et en réfère au représentant de l'Etat dans le département dans un délai de 24h qui se prononce (L3213-2 CSP). Une réévaluation est faite à 72h puis dans le mois suivant la décision d'admission.

- **Les femmes enceintes et les nouveau-nés**

Le Directeur d'établissement ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de gynécologie-obstétrique, refuser l'admission d'une femme enceinte dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ni celle d'une femme accouchée et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée par des services de l'état civil de la commune de Brive au sein du Centre Hospitalier, dans le strict respect des instructions générales relatives à l'état civil. La déclaration est enregistrée sur place avec les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né.

Un registre de déclarations de naissances est tenu par le bureau des admissions de l'établissement.

Secret de la grossesse et de la naissance

La mère peut demander, lors de l'accouchement, que le secret de son admission et de son identité soit préservé. Dans ce cas, aucune pièce d'identité ne peut être exigée et aucune enquête ne pourra être entreprise. Le Directeur informe de cette admission l'Agence Régionale de Santé. Si la mère est mineure, l'autorisation du représentant légal n'est pas requise pour l'accouchement et la procédure de confidentialité.

La mère est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

Elle est invitée à fournir des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de sa naissance, ainsi que, son identité, sous pli fermé. Elle est également informée de la possibilité qu'elle a de lever, à tout moment, le secret de son identité.

Sur sa demande ou avec son accord, elle bénéficie d'un accompagnement psychologique et social de la part du service d'aide sociale à l'enfance.

Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission, à ce que le secret de leur identité soit préservé ou qui confient leur enfant en vue d'adoption sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département.

Admission des femmes désirant bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse

Les interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein du Centre Hospitalier conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique.

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

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

- **Les patients toxicomanes**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au Centre Hospitalier afin d'y être traités, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite des stupéfiants.

Le mineur toxicomane qui se présente dans ces conditions peut bénéficier de l'anonymat sans que ses représentants légaux en soient informés.

Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

- **Les patients étrangers**

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient étranger non-résident en France est de droit quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un patient étranger est subordonnée à la délivrance d'une attestation de prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation. Un reçu est remis au patient ou à sa famille. La provision, versée à la régie des recettes avant l'hospitalisation, sera imputée à due concurrence au paiement du titre de recettes. Un devis relatif à des futures hospitalisations est à la disposition des ressortissants étrangers dans le but d'obtenir les fonds nécessaires au règlement des frais ou l'obtention d'un visa.

Les ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français sous réserve qu'ils disposent de la carte européenne d'assurance maladie.

- **Les militaires**

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

Si le Directeur de l'établissement est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire du corps d'affectation de l'intéressé ou, à défaut, à la Gendarmerie. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, il est transféré vers l'Hôpital des Armées le plus proche.

- **Les gardés à vue et les détenus**

L'admission des personnes gardées à vue et des détenus est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun.

Gardés à vue

La surveillance des gardés à vue est assurée par l'autorité de Police ou de Gendarmerie qui a prononcé la garde à vue.

Détenus

Les détenus patients ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la justice et à la diligence du Préfet, admis dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de Police ou de Gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.

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

Les mesures de surveillance des détenus incombent exclusivement aux personnels de Police, de Gendarmerie ou de l'Administration Pénitentiaire.

Chapitre 2 : Information médicale et consentement aux soins

I. Information des patients

- **Droit à l'information**

Le patient est associé au choix thérapeutique le concernant. A cet effet - sauf urgence, une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le patient qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

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

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

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

- **Modalités d'exercice du droit à l'information**

Entretien individuel

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

Communication du dossier médical

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'établissement dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement. Un délai de réflexion de 48 h étant laissé au patient, il doit accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois à compter de leur constitution pour les informations médicales de plus de cinq ans). L'identité du demandeur doit être contrôlée. La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement. En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition s'il y a lieu, fixé par délibération du Conseil de Surveillance.

Cliché d'imagerie médicale

Ces clichés font partie réglementairement des éléments constitutifs du dossier médical. Dans le respect des dispositions précédentes il est délivré au patient qui en fait la demande, des reproductions des clichés essentiels figurant dans son dossier médical.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis au patient ou bien au médecin traitant lorsque le patient le demande.

- **Relations avec les proches et ayants droits**

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des patients et de leurs familles. Avec l'accord du patient et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical telles que diagnostic et évolution de la maladie peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé Publique et le Code de déontologie médicale.

De même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du patient.

Si le patient, majeur, a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication. Sur demande écrite, les ayants droit d'un patient décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès. 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.

- **Relations avec les médecins traitants**

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

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

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

- **Traitement informatique des données**

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du patient font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers.

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

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

Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de garantir le respect de ces principes. Elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le patient, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

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

II. Consentement aux soins

- **Accord sur les soins**

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou la famille ou à défaut un de ses proches ait été consulté.

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical.

Il doit être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le patient doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant, le cas échéant, des soins palliatifs. Néanmoins, le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimum nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté.

La limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le Code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

- **Refus des soins**

La liberté du patient de refuser de se soigner est un principe fondamental du droit médical.

Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut être prononcée par le Directeur de l'établissement. Dans toute la mesure du possible, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient.

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est cosigné par l'accompagnant ou, à défaut par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin responsable assure que le refus du patient procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

En cas de refus persistant, il prend en conscience les décisions qu'il estime nécessaires pour le patient compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du patient d'accepter les soins. Il en informe le Directeur de l'établissement ou son représentant.

III. Dispositions particulières aux patients mineurs et aux majeurs sous tutelle

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision même s'il revient aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement.

- **Forme du consentement**

Le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs ou du représentant légal pour les majeurs sous tutelle est obligatoirement requis avant de procéder à tout acte médical.

Si les décisions à prendre sont essentielles pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, notamment pour toute intervention chirurgicale au bloc opératoire, il est nécessaire de recueillir l'accord écrit du père et de la mère pour le mineur ou du représentant légal pour le majeur sous tutelle.

Si les mineurs sont accompagnés en consultation ou aux services d'Urgences pour des actes bénins, le consentement des titulaires de l'autorité parentale est présumé.

- **Refus de soins**

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale et chirurgicale en dehors des cas d'urgence.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. Le médecin peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

S'agissant d'un mineur, lorsqu'il y a divergence entre les titulaires de l'autorité parentale, il appartient au parent le plus diligent de saisir le Juge aux affaires familiales afin qu'il soit statué sur la décision à prendre. Dans le cas où cette divergence s'accompagne d'une situation de danger mettant en cause la santé ou la sécurité du mineur, le médecin, tout en étant tenu de délivrer les soins indispensables, est, comme tout autre tiers confronté à une telle situation de danger, habilité à opérer un signalement auprès du Procureur de la République, lequel a faculté de saisir le Juge des enfants.

S'agissant d'un majeur sous tutelle, il appartient au tuteur de solliciter une autorisation du Juge des tutelles dans le cas où il est appelé à prendre une décision concernant la santé de la personne protégée, en l'absence d'avis exprimé par celle-ci ou contre son avis, dès lors que la décision présente un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée.

- **Demande de secret exprimée par le mineur**

Par dérogation à l'article 371-2 du Code civil, 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 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 d'un 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.

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

IV. Don et utilisation du sang

- **Don du sang**

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

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

- **Transfusions sanguines**

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

Pour certaines interventions chirurgicales programmées, les patients peuvent éventuellement se faire prélever leur propre sang en vue d'une autotransfusion.
Au cours de son séjour hospitalier, avant administration d'un produit sanguin labile, chaque fois que cela est possible, le patient ou son représentant légal en est informé par écrit. Un suivi transfusionnel est préconisé pour tout patient transfusé.

- **Sécurité transfusionnelle**

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

V. Dons et prélèvements d'autres éléments et produits du corps

- **Dispositions générales**

Le consentement du donneur vivant est obligatoire, l'absence d'opposition du donneur potentiel décédé doit être recherchée.

Aucun paiement ne peut être alloué ; les frais inhérents à un prélèvement sont pris en charge, conformément à la réglementation.

Sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et celle du receveur ne doivent pas être communiquées.

Une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés.

- **Prélèvements sur une personne vivante**

Don d'organes

Pour les personnes majeures et capables, les prélèvements peuvent intervenir sous réserve de présenter un intérêt thérapeutique direct pour le receveur, et après recueil du consentement libre et éclairé du donneur. Ce consentement doit être exprimé devant le Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui. Ce consentement est révocable sans forme à tout moment. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur ou par dérogation et sur autorisation d'un comité d'experts, de personne ayant avec le receveur l'un des liens de parenté précisés légalement ou apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans.

Le prélèvement est interdit sur un mineur ou un majeur sous tutelle, sauf en ce qui concerne la moelle au bénéfice du frère ou de la sœur ou à défaut et à titre exceptionnel des autres personnes ayant l'un des liens de parenté précisés légalement, et sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal. Ce consentement est exprimé devant le Président du T.G.I. ou le magistrat désigné par lui, avec constat de l'absence de refus du mineur.

Prélèvement de tissus et cellules lors d'opérations (résidus opératoires)

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

- **Prélèvement sur une personne décédée**

Sauf pour les mineurs et majeurs sous tutelle, s'applique la règle du consentement présumé qui fait de chaque individu un donneur potentiel.

Cependant, la volonté du défunt doit être recherchée par consultation du Registre National des Refus et, ensuite, auprès de son entourage, excepté en cas d'autopsie médico-légale. Les mêmes démarches s'imposent pour les autopsies médicales visant à obtenir un diagnostic sur les causes du décès.

Chapitre 3 : Séjour du patient

I. Respect du patient

Une Charte de bientraitance relative à l'accueil et à la prise en charge des usagers a été rédigée (cf. Annexe V) et est opposable à tous les personnels de l'établissement. Afin d'en assurer la mise en œuvre, une présentation en est faite à tout nouveau personnel soignant et une formation bientraitance est systématiquement inscrite chaque année au plan de formation de l'établissement.

- **Respect de l'intimité**

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé à tout moment de son séjour hospitalier. Il est traité avec égards. Les personnels et visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

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

Une chambre individuelle peut être demandée, dans la mesure des disponibilités, et facturée au patient ou à son assurance complémentaire. Les produits de cette facturation sont utilisés dans la cadre d'une politique d'investissement visant à améliorer les conditions d'hébergement dans l'établissement.

- **Lutte contre la douleur**

La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des patients ainsi que le soulagement de leur souffrance constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Une brochure intitulée « contrat d'engagement contre la douleur » figure dans le livret d'accueil. Elle est remise à toute personne hospitalisée.

L'évolution des connaissances scientifiques et techniques ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques permettent d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes. Une attention particulière est apportée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.

Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) :

- Composition

La composition de Comité de lutte contre la douleur est conforme à la composition type des sous-commissions spécialisées de la Commission Médicale d'Etablissement présentée dans ce présent règlement.

- Attributions

Dans le cadre de la lutte contre la douleur, le Comité de lutte contre la douleur :

- participe à l'évaluation des pratiques, des différents secteurs d'activité de l'établissement ;
- apprécie l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par le Conseil de Surveillance ;
- élabore un programme annuel d'actions et formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels ;
- rend compte de ses analyses et activités dans un rapport annuel transmis par le Directeur au Directeur de l'Agence régionale de santé ;
- peut préconiser la réalisation d'enquêtes ou d'audits pour les domaines relevant de sa compétence.

II. Principes régissant le séjour du patient

Règles générales

La vie hospitalière requiert du patient le respect de certaines règles dans son propre intérêt et dans l'intérêt des autres patients. Les patients ne doivent pas gêner par leurs propos ou leurs comportements les autres patients ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer une stricte hygiène corporelle. Ils doivent être vêtus de façon décente lors de leurs déplacements dans l'établissement.

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient.

- **Dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur**

Le patient, ainsi que toute personne qui réside dans une structure d'hébergement dépendant du Centre Hospitalier, est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à l'hospitalisation. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer les biens ou valeurs en sa possession auprès du régisseur de l'établissement, à la caisse centrale. Il est remis au patient une quittance et les modalités de retrait lui sont précisées.

L'établissement est responsable de plein droit pour les objets mobiliers ainsi déposés. Cette responsabilité s'étend aux biens des personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins urgents.

La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée pour les pertes, vols ou dégradations d'objets non déposés selon cette procédure.

Dans les jours qui suivent la sortie du patient, les sommes d'argent, les bijoux, les valeurs mobilières et les cartes bancaires et de paiement non réclamés sont transférés par le régisseur de la caisse centrale à la Trésorerie. Toutes les autres valeurs non réclamées sont conservées pendant la durée légale, puis peut faire l'objet d'une vente sous la responsabilité du Directeur de l'établissement.

- **Visites**

Les visites aux hospitalisés, de manière générale, sont autorisées à partir de 14H (voir livret d'accueil spécifique au service). Pour le confort des patients, l'accès au Centre Hospitalier est réglementé à partir de 21H.

Le droit aux visites peut être restreint pour des motifs liés à l'état de santé des patients.

Lorsque l'état du patient le justifie, un accompagnant (désigné par le patient majeur ou l'autorité parentale) peut être autorisé à dormir dans la chambre du patient. Cette nuitée peut faire l'objet d'une facturation d'un forfait, en fonction des moyens mobilisés et de la situation du malade (fin de vie, enfants…).

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

Les patients peuvent demander au cadre du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux. Cette information est enregistrée dans le dossier administratif.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Il leur est interdit de fumer dans l'établissement.

Les visiteurs ne doivent introduire ni boissons alcoolisées, ni produits toxiques, ni médicaments sauf accord exprès du médecin pour ces derniers.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur de l'établissement peut décider de l'expulsion du visiteur et faire intervenir les forces de Police en cas de trouble manifeste à l'ordre public.

- **Service des repas**

Dans la mesure du possible, le choix entre plusieurs menus est donné aux patients.

Heures des repas :

- le petit déjeuner est servi à partir de 7h30 ;
- le déjeuner est servi à partir de 12h ;
- le dîner est servi à partir de 18h30.

Les visiteurs peuvent accéder au self pour déjeuner et règlent directement leur repas à la caisse de celui-ci.

- **Autorisation de sortie en cours d'hospitalisation**

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures. Les permissions de sortie sont données par le Directeur de l'établissement, sur avis du médecin chef de service. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant sont notés dans le service.

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

- **Exercice des cultes**

Chaque patient doit être en mesure de participer à l'exercice de son culte. Pour cela, il peut faire venir à son chevet le ministre du culte de sa religion. En outre, au sein de l'établissement, existe une aumônerie pour le culte catholique qui peut faire le lien avec d'autres religions.

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

III. Accès aux personnes étrangères à l'établissement

- **Stagiaires extérieurs**

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'hôpital doivent faire l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont tenus, sous la conduite de leur maître de stage, de respecter les dispositions du règlement intérieur, et notamment un devoir de discrétion sur toutes données auxquelles ils pourraient avoir accès ou encore toutes situations auxquelles ils pourraient assister. Ils participent aux soins avec l'accord du patient concerné.

- **Association de bénévoles**

Des associations de bénévoles peuvent intervenir dans les services de l'établissement. Elles ont pour mission d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite ou de répondre à des demandes spécifiques sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux. Les bénévoles peuvent être associés aux différentes activités d'animation en liaison avec les équipes soignantes dans le respect de leurs compétences. Ils ne peuvent dispenser aucun soin et doivent porter le badge délivré par leur association. L'accès auprès des patients est subordonné à l'accord de ces derniers.

Les conditions d'intervention des associations intervenant auprès des personnes hospitalisées font l'objet d'une convention avec l'établissement. La liste des associations concernées figure dans le livret d'accueil

- **Accès des journalistes, photographes, démarcheurs**

Les journalistes, photographes, démarcheurs ou visiteurs commerciaux n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des patients ou de leurs représentants, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite du Directeur de l'établissement ou de son représentant.

De même, le démarchage à visée commerciale, sans rapport avec les missions du service public hospitalier, auprès des personnels est interdit, sauf autorisation exceptionnelle écrite accordée par le Directeur.

IV. Règles diverses

- **Effets personnels**

Les patients doivent prévoir pour leur séjour à l'hôpital du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités des traitements. En tant que de besoin, l'hôpital met à disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements propres.

- **Courrier**

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et organisée au sein du service par le cadre. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés par le vaguemestre.

- **Téléphone**

Des appareils téléphoniques sont mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation. Afin de connaître les modalités de fonctionnement et de tarif de ce service, une notice d'information est disponible au chevet du patient.

- **Télévision**

Les chambres sont équipées de postes de télévision. Ce service est assuré par une société privée, dont les locaux se situent dans le hall d'accueil. Elle facture les frais de location. Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage de la télévision ou d'autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

- **Lecture**

Une boutique de journaux et de presse est située dans le hall d'entrée de l'établissement. Les heures d'ouverture sont indiquées dans le livret d'accueil.

En outre, une fois par semaine, le lundi, la bibliothèque propose un choix de livres et de revues ainsi que des postes radio.

- **Animaux**

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

- **Interdiction des pourboires**

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leurs familles, que ce soit à titre de gratification ou à titre de dépôt.

Chapitre 4 : Sortie des patients

I. Sortie en fin de séjour : dispositions générales

- **Conditions de sortie**

Lorsque l'état de santé du patient n'impose plus son maintien dans l'un des services du Centre Hospitalier, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin chef de service.

Sur proposition médicale, toutes dispositions sont prises le cas échéant pour faciliter le transfert immédiat du patient vers un établissement dispensant des soins de suite ou de réadaptation ou des soins de longue durée adapté à son cas.

Toute mesure est prise pour que la continuité des soins soit garantie après la sortie du patient.

- **Modalités de sortie**

Bulletin de sortie

La sortie donne lieu à la remise d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne comporte ni diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

Transport

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire par ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Le patient a le libre choix de la compagnie d'ambulances parmi celles figurant sur la liste des entreprises de transport en ambulance agréées du département. L'imprimé de prescription permet le remboursement du transport par la Sécurité Sociale.

Evaluation de la satisfaction du patient

- Questionnaire de sortie

Tout patient reçoit, lors de son admission, un questionnaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir ses appréciations et observations.

Il peut déposer ce questionnaire dans les boîtes aux lettres situées dans les unités ou dans celle du guichet d'Accueil, dans le hall d'entrée, ou le faire parvenir au Directeur de l'établissement.

- Enquête de satisfaction

Dans le cadre de la démarche qualité développée par le Centre Hospitalier, des enquêtes de satisfaction peuvent être effectuées par téléphone ou au chevet du patient par une personne mandatée par l'établissement.

Information du médecin traitant

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le patient doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du patient.

II. Dispositions particulières

Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes placées sous un régime d'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers, les patients peuvent sur leur demande quitter à tout moment le Centre Hospitalier.

Si le médecin chef de service estime que la sortie du patient est prématurée compte tenu de son état de santé, et présente un danger pour lui, ce dernier n'est autorisé à quitter le Centre Hospitalier qu'après avoir rempli et signé une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers que la sortie présentait. La sortie est alors prononcée par le Directeur Général ou son représentant.

Lorsque le patient refuse de remplir et de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé par des agents hospitaliers.

Sortie à l'insu du service

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

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

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

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

- **Sortie des nouveau-nés**

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

- **Sortie des mineurs**

Les personnes exerçant l'autorité parentale ou les tierces personnes majeures expressément autorisées par elles sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font savoir à l'administration si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement. Dans ce cas, leur autorisation écrite sera recueillie.

Lorsque le patient mineur a demandé le secret de son admission, il ne peut quitter le Centre Hospitalier qu'accompagné par la personne majeure qu'il avait choisie pour l'accompagner dans ses démarches. Des justificatifs d'identité sont demandés.

Le patient mineur n'a pas la capacité juridique nécessaire pour quitter seul l'établissement contre avis médical. La demande de sortie contre avis médical d'un mineur ne peut émaner que du titulaire de l'autorité parentale qui signe l'attestation établissant qu'elle a compris les dangers pour la santé de l'enfant induits par cette sortie. A défaut, un procès-verbal de ce refus est dressé. Si le médecin estime que cette demande de sortie est de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le Directeur ou son représentant saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

- **Sortie disciplinaire**

La sortie des patients peut, hors les cas où l'état de santé l'interdirait, être prononcée par le Directeur de l'établissement, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur, au besoin avec le concours de la force publique.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le Directeur peut également organiser le transfert des patients dans un autre service ou dans un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient afin d'assurer la continuité des soins.

III. Frais de séjour

- **Principe du paiement**

Dans le cas où les frais supportés par les patients ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut leur famille ou un tiers responsable, doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser, au moment de leur entrée à l'hôpital, une avance de frais en fonction d'une durée prévisionnelle de séjour établie en concertation avec l'équipe du service de soins. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée. Dans les cas complexes, le service social est prévenu pour rencontrer le patient.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine.

- **Tarif des prestations**

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Ils sont fixés chaque année et peuvent être révisés en cours d'année. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, facturé par journée de présence au sein de l'établissement.

- **Forfait journalier**

Le forfait journalier est fixé par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour. Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations. Il est toujours facturable en sus mais peut être pris en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire, en fonction des règles établies au contrat.

- **Régime particulier**

Le tarif chambre particulière fait l'objet d'une actualisation chaque année. Il n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale mais peut l'être par les organismes d'assurance maladie complémentaire selon les modalités inscrites au contrat.

La Couverture Maladie Universelle ne prend pas en charge les frais de chambre particulière.

- **Prestations fournies aux accompagnants**

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'établissement pour les personnes accompagnant les patients sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

Chapitre 5 : La fin de vie et le décès de la personne hospitalisée

I. La fin de vie

- **Soins palliatifs**

Les soins palliatifs sont des soins actifs, évolutifs, coordonnés et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, psychologues). Ils visent à assurer la qualité de la fin de vie du patient, à soulager sa douleur, à apaiser sa souffrance psychique, à sauvegarder sa dignité et à soulager son entourage.

- **Directives anticipées**

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

- **Patient en fin de vie**

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Lorsqu'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du patient est inscrite dans son dossier médical.

Lorsqu'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, 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.

Lorsqu'un patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin 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 ce patient, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées du patient. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

- **Transfert du patient en fin de vie**

Lorsque le patient hospitalisé est en fin de vie, il peut être transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir. Sinon, le patient est transporté, dans la mesure du possible, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. Ses proches sont informés de l'aggravation de son état et peuvent rester auprès de lui hors des heures de visite afin de l'assister dans ses derniers instants.

II. Formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée

- **Constat du décès**

Le décès est constaté par un médecin puis attesté par un certificat de décès adressé au bureau des admissions. Un médecin établit un certificat de décès dans les dix heures suivant la constatation du décès.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au bureau des entrées. Une copie est transmise dans les 24 heures au bureau d'état civil de la mairie.

- **Notification du décès**

La famille ou les proches doivent être prévenus, dès que possible et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de l'état de santé du patient et de son décès.

Dans quelques cas particuliers, la notification du décès est effectuée comme suit :

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

- pour les militaires : à l'autorité compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'Aide Sociale à l'Enfance : au Président du Conseil Général ;
- pour les mineurs relevant de la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

▪ Déclaration spécifique aux enfants décédés dans la période périnatale

La déclaration d'enfants sans vie est enregistrée sur le registre des naissances de l'hôpital. Il en est ainsi lorsque l'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né vivant non viable ou lorsque l'enfant est mort-né après un terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou ayant un poids de cinq cents grammes.

En revanche, si l'enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant les dates et heures de la naissance et du décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques heures et quelle qu'ait été la durée de gestation.

▪ Indices de mort violente ou suspecte

En cas d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le Directeur d'établissement, prévenu par le chef de service, avise l'autorité judiciaire.

▪ Toilette mortuaire et inventaire après décès

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

Il est dressé en présence d'au moins un témoin un inventaire de tous les objets, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc. qu'il possédait. Cet inventaire est inséré dans le registre d'inventaire des biens des patients. Aucun de ces biens ne peut être remis aux ayants droit du patient ou à ses amis.

La restitution des biens de valeur est de la compétence exclusive de la Trésorerie Principale du Centre Hospitalier. Le bureau des entrées adresse un courrier à la famille, l'invitant à procéder au retrait des biens figurant sur l'inventaire et mentionnant les conditions juridiques devant accompagner ce retrait.

▪ Mesures de police sanitaire

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, les ayants droits ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

- **Présentation du corps**

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire de l'établissement.

Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt, et sauf si une sortie du corps sans mise en bière est demandée et organisée rapidement, le corps est déposé à la chambre mortuaire de l'établissement. L'entourage peut demander la présentation du corps pendant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire. Cette présentation est faite dans une salle spécialement aménagée à cet effet.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès.

Les corps reconnus par les familles leur sont rendu et celles-ci règlent le convoi à leur convenance en s'adressant au service ou à l'entreprise des pompes funèbres de leur choix. En cas de conflit entre les parents du défunt, le Tribunal d'instance peut être saisi.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord du Parquet, ce dernier ayant autorité pour ordonner une nécropsie par un médecin légiste préalablement à cette restitution.

- **Inhumation ou crémation du corps**

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radio-éléments ou un stimulateur cardiaque, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Lorsque, dans un délai de dix jours maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou les proches, l'établissement peut procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente, qui règlera les frais correspondants.

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.

III. Transport du corps

- **Transport du corps à résidence sans mise en bière**

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

Cette autorisation est subordonnée :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, exprimée sur un volet d'un imprimé interne approprié,
- à la reconnaissance préalable du corps par le demandeur,
- à l'accord écrit du médecin hospitalier, exprimé sur l'imprimé interne visé ci-dessus,
- à l'accord écrit du Directeur Général ou de son représentant,
- à l'accomplissement des formalités de décès.

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

Si le lieu de destination du corps n'est pas Brive, le Maire de la commune de destination est avisé de l'autorisation de transport.

Le transport de corps sans mise en bière doit être achevé dans un délai maximum de 24 heures après le décès, ou de 48 heures si le corps a reçu des soins de conservation alloués par un thanatopracteur. Les transports à résidence sont effectués par des véhicules agréés à cet effet. Le demandeur a le libre choix de l'entreprise de transport sans mise en bière.

- **Transfert en chambre funéraire avant mise en bière**

L'admission du corps du défunt dans cette chambre funéraire privée doit intervenir en tout état de cause dans un délai de 24 heures à compter du décès. Elle a lieu sur la demande écrite, soit de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, soit du Directeur ou de son représentant (dans ce dernier cas, les frais résultant du transport sont à la charge de l'établissement).

Le transport du corps vers une chambre funéraire située sur le territoire de la commune ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par un arrêté du Ministre de la Santé. Il appartient au médecin responsable du patient d'établir ce certificat. Si le corps doit être transporté vers une chambre funéraire située hors de la commune, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire (et donc le cas échéant, Le Directeur ou son représentant) doit solliciter une autorisation préalable de transport, auprès du Maire.

- **Transport vers l'établissement du corps d'une personne décédée en dehors de l'établissement**

Sauf réquisition, l'établissement ne peut recevoir en chambre mortuaire de personnes décédées hors de l'établissement.

- **Transport de corps après mise en bière**

Avant son transport pour son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne doit être mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse contenant des radio-éléments ou un stimulateur cardiaque, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

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

IV. Autopsie et prélèvement sur personne décédée

- **Autopsie médico-légale**

Des autopsies médico-légales peuvent être opérées sur réquisition de l'autorité judiciaire.

- **Prélèvement d'organes et de tissus**

Le Centre Hospitalier est autorisé à pratiquer des prélèvements d'organes et de tissus après décès, à des fins thérapeutiques ou scientifiques.
Toute personne qui entend s'opposer à un prélèvement après décès d'organes ou de tissus peut, à tout moment, consigner l'expression de son refus sur un registre national, selon les modalités et conditions prévues par la réglementation.

Les médecins qui procèdent à un prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques ou scientifiques établissent un compte rendu détaillé de leur intervention et de leurs constatations sur l'état du corps et des organes et tissus prélevés.

Si les circonstances ayant entraîné la mort sont telles que dans l'intérêt d'une preuve à apporter, le corps est susceptible d'être soumis à un examen médico-légal, le médecin qui a connaissance de ces circonstances doit s'abstenir de tout prélèvement qui rende aléatoire la preuve des causes du décès.

La demande de prélèvement à des fins thérapeutiques est exprimée par un médecin sur un volet de l'imprimé interne visé ci-dessus. Elle est soumise à autorisation du Directeur Général ou de son représentant, exprimée sur ce même imprimé.

TITRE V / Dispositions relatives au personnel hospitalier

Chapitre 1 : Principes fondamentaux liés au respect du patient

I. Secret professionnel

Institué dans l'intérêt des patients, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Néanmoins, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements.

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

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations 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 et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises. S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

En leur qualité d'autorité constituée, les cadres de direction et les médecins chefs de service - à charge pour ces derniers d'en informer le Directeur - doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

II. Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

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 la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

III. Obligation de réserve et principe de neutralité

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il s'abstient notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Il est tenu, dans l'exercice de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Le principe de laïcité de l'Etat et celui de neutralité des services publics impliquent que le port par les agents de signes d'appartenance religieuse, politique ou idéologique, quelle qu'en soit la nature, n'est pas autorisé au sein de l'établissement, dès lors qu'il peut constituer un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande.

IV. Obligation d'assurer le confort du patient

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge. Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels. A ce titre une charte de la bientraitance a été rédigée au sein du centre hospitalier (voir annexe).

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

V. Identification vis-à-vis des interlocuteurs

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

VI. Respect du libre choix du patient et de son entourage

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix du patient et de son entourage doit être rigoureusement respecté lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire ou à des opérateurs funéraires.

Chapitre 2 : Principes d'exercice professionnel

Une charte des bonnes relations professionnelles a été rédigée (voir annexe). Elle est opposable et sa mise en œuvre incombe à chaque agent de l'établissement.

I. Obligation de désintéressement

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CH de Brive qui soient de nature à compromettre leur 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 de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

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

II. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels de l'hôpital (titulaires ou stagiaires) sont tenus de se consacrer à leur fonction. Le principe général est donc l'interdiction d'exercice, à titre professionnel, d'une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même en temps partiel.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps. Les personnels doivent en informer au préalable la Direction.

III. Interdiction de bénéficier d'avantages privés en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

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

IV. Exécution des instructions reçues

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

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

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application de cette disposition ne peut naturellement faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

V. Obligations afférentes à la continuité des soins

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'établissement avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Les agents participent à la continuité des soins et à la permanence des prises en charge. A ce titre, des astreintes médicales sont notamment organisées (cf. décision n°15-09, du 24 avril 2015).

VI. Information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais et en privilégiant le moyen d'information le plus direct, 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.

VII. Obligation de signalement des incidents ou des risques

Tout agent qui a connaissance 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 produit concernée.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler par écrit au moyen du formulaire ad hoc. Il adresse son signalement à la Cellule de gestion des Risques.

Ces déclarations font l'objet d'une charte de non punition.

VIII. Témoignage en justice ou auprès de la police

Tout agent de l'établissement, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit prévenir son supérieur hiérarchique et le Directeur de l'établissement. A l'issue de son audition de justice ou auprès des autorités de Police, il les informe des suites données.

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

IX. Bon usage des biens de l'hôpital

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

X. Bonne utilisation du système d'information

Chaque agent 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. 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.

XI. Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés à l'hôpital

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

XII. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter les règles énoncées dans le protocole « tenue professionnelle des personnels soignants » (ongles, bijoux, chaussures, etc.). Ce texte est opposable à tous les agents concernés. Il est disponible dans la gestion documentaire de l'intranet de l'établissement. Tous les personnels sont dans l'obligation de respecter l'interdiction de fumer dans les locaux.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers. Ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale périodique, examens spéciaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail).

Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction.

Chapitre 3 : Droit des personnels

I. Liberté d'opinion – non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, 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. 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.

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.

II. Protection contre le harcèlement

La carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relatés ou témoigné sont également protégés.

Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

III. Liberté d'expression

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve.

IV. Liberté syndicale – droit de grève

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

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

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, le Directeur de l'établissement dispose de prérogatives pour définir les modalités concrètes d'organisation du service en cas de grève. Pour cela, il dispose seul du pouvoir d'assigner les personnels de l'établissement. Le directeur doit apprécier l'effectif minimal indispensable en dessous duquel la continuité du service public, et notamment des soins et des prestations hôtelières d'une part, de la sécurité des personnes et des biens d'autre part, ne peut être assurée.

V. 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.

VI. Droit d'accès à son dossier administratif

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

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

Au sein du CH de Brive, les diverses dispositions prises relatives au temps de travail et aux droits afférents sont arrêtées par le Directeur de l'établissement après avis du CTE et rassemblées dans le « Guide de gestion du temps de travail » disponible auprès de la Direction des Ressources Humaines ainsi que sur l'intranet de l'établissement (espace « Ressources humaines »).

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

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

Les 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.

centre hospitalier de Brive

DECISION N° 01/2016
MISE EN ŒUVRE DU REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE

Monsieur Vincent DELIVET, Directeur du Centre Hospitalier de Brive

- Vu le Code de la Santé Publique, notamment l'article L.6143-7-13 codifiant la mise en œuvre du règlement intérieur des établissements de santé,
- Vu l'avis favorable du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Brive du 18 décembre 2015,
- Vu l'avis favorable du Directoire du Centre Hospitalier de Brive du 03 décembre 2015,
- Vu l'avis favorable de la CME du Centre Hospitalier de Brive du 17 décembre 2015,
- Vu l'avis favorable du CTE du Centre Hospitalier de Brive du 17 décembre 2015,
- Vu l'information de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques du Centre Hospitalier de Brive du 14 décembre 2015,

DECIDE

Arrête le Règlement Intérieur du Centre Hospitalier de Brive et décide de sa mise en oeuvre à compter de ce jour.

A Brive, le 05 janvier 2016

Le Directeur,
Président du Directoire,

Vincent DELIVET

ANNEXES

1. Charte de la personne hospitalisée
2. Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
3. Charte de l'usager en santé mentale
4. Charte des bonnes relations professionnelles
5. Charte de la bientraitance
6. Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé
7. Charte d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet
8. Procédure de suivi médical des patients hébergés
9. Composition de la CME au CH de Brive

ANNEXE 1

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous,** en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.** Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3 **L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale.** La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient.** Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5 **Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit.** Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8 **La personne hospitalisée est traitée avec égards.** Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant.** Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

---

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Éditions Sicom 06042 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé [illegible] Avril 2006

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

LORSQU'IL SERA ADMIS PAR TOUS QUE LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ONT DROIT AU RESPECT ABSOLU DE LEURS LIBERTES D'ADULTE ET DE LEUR DIGNITÉ D'ÊTRE HUMAIN, CETTE CHARTE SERA APPLIQUÉE DANS SON ESPRIT.

Article I — **CHOIX DE VIE**
Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Article II — **DOMICILE ET ENVIRONNEMENT**
Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Article III — **UNE VIE SOCIALE MALGRÉ LES HANDICAPS**
Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Article IV — **PRESENCE ET RÔLE DES PROCHES**
Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article V — **PATRIMOINE ET REVENUS**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Article VI — **VALORISATION DE L'ACTIVITÉ**
Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Article VII — **LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE**
Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article VIII — **PRÉSERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR**
La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article IX — **DROIT AUX SOINS**
Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article X — **QUALIFICATION DES INTERVENANTS**
Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Article XI — **RESPECT DE LA FIN DE VIE**
Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article XII — **LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR**
La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Article XIII — **EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE**
Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Article XIV — **L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION**
L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Direction générale de l'action sociale

F N G
FONDATION NATIONALE
DE GÉRONTOLOGIE

Edition SICOM n°xxxx - Mai 2004 - Conception : [illegible]

CHARTE DE L'USAGER EN SANTE MENTALE

Une personne à part entière

L'usager en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine.

C'est une personne qui a le droit au respect de son intimité (effets personnels, courrier, soins, toilette, espace personnel, etc.), de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales ou sociales la concernant.

Le secret professionnel lui est garanti par les moyens mis en œuvre à cet effet.

Tout ce que le malade a dit au psychiatre et tout ce que celui-ci a remarqué pendant son examen ou le traitement, doit être couvert par le secret, à moins qu'il ne lui apparaisse nécessaire de rompre le secret pour éviter des dommages graves au malade lui-même ou à des tiers. Dans ce cas, toutefois, le malade doit être informé de la rupture du secret.

C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale.
C'est une personne dont on doit respecter les croyances et qui peut faire appel au ministre du culte de son choix.

Une personne qui souffre

L'usager en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais qui souffre de maladie.

Cette maladie n'est pas une maladie honteuse mais une maladie qui se soigne et se vit.

La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants.

Le psychiatre doit proposer aux usagers la meilleure thérapeutique existant à sa connaissance.

Les professionnels de santé mentale doivent travailler en réseau afin d'échanger les informations utiles concernant l'usager et d'optimiser ainsi la prise en charge médicale et sociale. Sera notamment assurée une bonne coordination psychiatre-médecin généraliste (le lien psychiatre-médecin de famille est en effet l'un des maillons essentiels d'une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie du patient). Ce nécessaire travail en réseau doit être particulièrement vigilant au respect du secret professionnel.

Compte tenu des liens organiques entre sanitaire et social dans le domaine de la santé mentale, les projets élaborés au bénéfice des usagers ne doivent pas pâtir de divisions artificielles des champs d'intervention.

L'accessibilité aux soins doit être assurée et l'usager doit être accueilli chaleureusement dans des délais raisonnables et dans des locaux aménagés pour son bien-être.

En cas d'hospitalisation, l'usager dispose de ses effets personnels durant son séjour sauf si des raisons de sécurité s'y opposent.

Il doit lui être remis un livret d'accueil exposant les informations pratiques concernant son séjour et le lieu de son hospitalisation, et l'informant de ses droits et de ses devoirs.

Les communications téléphoniques, les visites et les sorties dans l'enceinte de l'établissement seront l'objet d'un contrat qui sera discuté régulièrement entre le patient et le médecin, et devront se faire dans le respect de l'intimité des autres patients.

Une attention particulière sera accordée à l'organisation de soins de qualité lorsqu'ils seront nécessaires après une hospitalisation.

Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale

L'usager à le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors le cadre d'urgence et celui où son médecin manquerait à ses devoirs (Article L.-1111-1 du code de la santé publique et article 47 du code de déontologie médicale).

Il est informé de la fonction, de l'identité des personnes intervenant auprès de lui, et de l'organisation du dispositif de soins (structures du secteur et intersectorielles, etc…)

Toute personne peut avoir accès aux informations contenues dans ses dossiers médical et administratif, selon les modalités définies par la loi.

Le secret médical ne peut s'exercer à l'égard du patient ; le médecin doit donner une information simple, loyale, intelligible et accessible sur l'état de santé, les soins proposés (notamment sur les effets "dits secondaires" du traitement appliqué) et sur les éventuelles alternatives thérapeutiques. Hors situation d'urgence, tout usager peut estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis médical.

Préalablement à la recherche biomédicale, son consentement libre, éclairé et express doit être recueilli dans le strict respect de la loi.

Les patients donnent leur consentement préalable s'ils sont amenés à faire l'objet d'action de formation (initiale ou continue) du personnel soignant. Il ne peut être passé outre à un refus du patient.

Les mineurs sont informés en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Avec l'accord préalable du patient, si son état de santé le permet, et si possible en présence de celui-ci, les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec le médecin responsable et les soignants.

L'usager a la possibilité de rencontrer une assistante sociale.

Si une hospitalisation s'avère nécessaire, le patient reçoit aussitôt une information claire et adaptée sur les modalités de cette hospitalisation et les voies de recours.

Cette information qui risque d'être mal comprise en raison de la gravité du tableau clinique initial sera reprise ultérieurement autant que nécessaire.

L'usager reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions d'accueil et de séjour.

Une personne qui participe activement aux décisions la concernant

La participation active de l'usager à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le resituant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion.

Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte définis par la loi, un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état et après avoir signé une décharge.

Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement donné contre ou sans sa volonté, à moins que, en raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt, ou à moins que l'absence de traitement puisse avoir des conséquences graves pour lui ou pour des tiers

Le patient ne peut être retenu dans l'établissement, hormis les cas de la législation où son état nécessite des soins sans son consentement. Il doit alors être informé de sa situation juridique et de ses droits.

Compte tenu des enjeux liant (particulièrement en santé mentale) efficacité et adhésion au traitement, même dans ce cas où son état nécessite des soins sans son consentement, sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins et sa vie quotidienne.

Toutefois, la construction d'une véritable alliance thérapeutique ne peut être confondue avec une simple transparence réciproque.

Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation de l'usager contre sa volonté, le psychiatre doit interrompre les mesures appliquées contre cette volonté.

Le mineur ne pouvant prendre de décision grave le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le praticien peut saisir le Procureur de la République afin de pouvoir donner des soins qui s'impose. On sera néanmoins attentif à ce que ces mesures ne puissent en aucun cas être prolongées au-delà de ce qui est médicalement indiqué. Si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur et de ses responsables légaux.

Une personne responsable qui peut s'estimer lésée.

Indépendamment d'observations exprimées dans le cadre de questionnaires évaluatifs de satisfaction (remis avec le livret d'accueil à chaque patient), l'usager ou ses ayants-droit

peuvent faire part directement au directeur de l'établissement de leurs avis, de leurs vœux et de leurs doléances.

S'il souhaite se plaindre d'un dysfonctionnement ou s'il estime avoir subi un préjudice, il peut saisir le directeur de l'hôpital, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les commissions locales de conciliation chargées de l'assister et de l'orienter en lui indiquant les voies de conciliation et de recours dont il dispose (dans des délais suffisamment rapides pour ne pas le pénaliser).

Une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel et pris en compte

Les actions menées auprès de l'usager veillent à s'inscrire dans une politique visant à véhiculer une image moins dévalorisante de la maladie mentale afin de favoriser leur insertion en milieu socio-professionnel, où il est encore trop souvent victime de discrimination.
Les équipes soignantes ont le souci tout au long du traitement, de mobiliser le patient de façon positive autour de ses capacités, ses connaissances, savoir-faire pour les exploiter afin qu'il puisse se reconstruire, en favorisant une réinsertion sociale par paliers. Chaque étape sera discutée avec le patient, pour respecter ainsi le rythme de chacun.

Dans le strict respect de l'accord du patient, la famille peut être associée au projet thérapeutique, informée de la maladie afin d'adopter l'attitude la plus juste et être soutenue dans ses difficultés.

Une personne qui sort de son isolement

Le patient doit recevoir une information sur les associations d'usagers qu'il peut contacter, et qui ont pour fonction de créer une chaîne de solidarité : lieux d'information, d'écoute, de rencontre, d'échange, de convivialité et de réconfort, qui pourront l'aider à tisser des liens sociaux en bonne coordination avec les professionnels du champ sanitaire et social.

Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention

La satisfaction de l'usager en santé mentale doit être régulièrement évaluée par des enquêtes pourtant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour, enquêtes qui servent de base à l'amélioration de la qualité de l'information et des soins.

Dans le cadre d'un dialogue dont le développement s'avère particulièrement fécond, l'usager apporte à travers son expérience, sa contribution à la réflexion et aux décisions des instances concernant la santé mentale, par sa participation active à chacun des niveaux de leur élaboration :

Niveau local :
Conseil d'administration, commission de conciliation, CLIN, CDHP, Conseil de secteur, groupes de travail notamment ceux en lien avec la démarche qualité et l'accréditation des établissements, etc…

Niveau régional :
Conférence régionale de santé, SROSS et carte sanitaire, groupes de travail mis en place par l'ARH et la DDASS, etc.

Niveau national :
Conférence nationale de santé, etc…
Dans une démarche d'amélioration constante de la qualité de l'information, de l'accueil, des soins et de la prévention, les professionnels facilitent les conditions de mise en place de la représentation des usagers, en soutenant leurs initiatives de créations d'associations qui leur permettent de sortir de leur isolement et d'exprimer leurs besoins, avis et propositions aux personnels et aux décideurs du système de santé. Dans la marche vivifiante d'une véritable démocratie sanitaire, l'usager en santé mentale apporte ainsi par sa participation active et avertie, une contribution citoyenne décisive pour une évolution positive à visage humain des dispositifs de soins et de préventions de notre pays.

Cette charte a été signée à Paris le 8 décembre 2000 par :
- Mme Claude Finkelstein (Présidente de la FNAPSY)
- Docteur Alain Pidolle (Président de la conférence)
- Mr Jacques Lombard (Président d'honneur de la FNAPSY)
- Docteur Yvon Haumi (Vice Président de la conférence)

Conférence des présidents de CME de CHS
clinique de psychologie médicale

centre hospitalier de Brive

Charte des bonnes relations professionnelles

JUIN - 2014

1 Partager et promouvoir les valeurs humaines

- Je suis acteur de la relation professionnelle et j'en assure pour partie la responsabilité,
- Je favorise la qualité des relations interpersonnelles dans le travail,
- Je préserve une bonne ambiance de travail en adoptant une attitude constructive,
- Je soutiens les membres de l'équipe dans la difficulté,
- J'accepte les différences et le droit à l'erreur,
- Je m'engage à respecter mes interlocuteurs,
- Je suis porteur des valeurs du service public (égalité, neutralité, continuité, adaptabilité).

2 S'impliquer dans son travail et dans l'équipe

- Je m'implique dans mon travail et je m'investis dans les projets collectifs,
- Je fonde la qualité de mon engagement sur la connaissance et le professionnalisme,
- J'entretiens une cohésion de groupe en favorisant un bon esprit d'équipe,
- Je suis force de propositions et d'améliorations,
- Je respecte les règles, les différents points de vue, les valeurs éthiques et déontologiques,
- Je reconnais et valorise le travail des autres,
- Je développe le sentiment de sécurité en entretenant la confiance,
- Je me positionne en fédérateur,
- Je veille à ma propre implication en montrant l'exemple.

3 Garantir une bonne communication au quotidien

- J'écoute, j'échange de façon factuelle et objective avec l'ensemble de mes interlocuteurs,
- Je favorise la compréhension de l'autre en faisant preuve d'empathie,
- J'assure une communication transparente et adaptée,
- J'accorde le temps nécessaire pour les échanges,
- J'alerte en cas de problème.

4 Favoriser un environnement de travail propice aux projets collectifs, au développement individuel des professionnels et à la satisfaction des patients et de leur entourage

- Je donne du sens à l'action,
- Je suis acteur de mon développement personnel,
- Je suis capable de me remettre en cause et j'admets les critiques constructives,
- Je développe mes compétences pour m'adapter au changement,
- Je définis clairement les responsabilités et les tâches de chacun en valorisant leur action pour renforcer la cohésion d'équipe, lorsque je suis en position de responsabilité.

centre hospitalier du Brive

Charte de bientraitance du CH

JUIN - 2014

1 Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle d'écoute et de discernement à chaque étape du parcours de l'usager

- Je salue et je me présente en déclinant mon nom et ma fonction ;
- J'explique les raisons de mon intervention auprès de la personne;
- Je me rends disponible auprès des patients et de leur entourage ;
- Je m'engage à ne pas tenir de discussions personnelles en présence d'un patient ;
- Je respecte le repos des patients en limitant les nuisances sonores.

2 Donner à l'usager et à ses proches une information accessible, individuelle et loyale

- Je veille à adopter un vocabulaire compréhensible et adapté à la personne ;
- Je m'assure de la compréhension du message donné.

3 Garantir à l'usager d'être coauteur de son projet en prenant en compte sa liberté de choix et de décision

- Je respecte les souhaits du patient dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ;
- J'associe le patient à l'élaboration de son projet de prise en charge ;
- J'informe le patient sur la possibilité de nommer une personne de confiance lors de son hospitalisation.

4 Mettre tout en œuvre pour respecter l'intégrité physique et psychique, la dignité et l'intimité de l'usager

- Je frappe avant d'entrer dans une chambre, une salle de bains et une salle d'examen ;
- Je respecte les habitudes de vie et les croyances des personnes pour la réalisation des soins ;
- Je m'assure que la porte de la chambre et la fenêtre sont fermées lors des soins ;
- Je considère un appel malade comme une priorité à laquelle répondre ;
- Je m'engage à ne pas tenir de propos familiers ;
- Je recueille avec tact et discernement les informations personnelles et confidentielles ;
- Je respecte tout souhait d'anonymat des patients.

5 S'imposer le respect de la confidentialité des informations relatives à l'usager

- Je veille à ce que le nom du patient ne soit pas visible sur le dossier lors de ses déplacements au sein de l'hôpital ;
- Je m'oblige à parler à voix basse lorsque j'échange des informations dans les lieux de passage ;
- Je m'oblige à mettre en veille l'ordinateur dans les lieux accessibles aux visiteurs ;
- Je m'engage à ne laisser aucun document nominatif accessible.

centre hospitalier de Brive

Charte de bientraitance du CH

JUIN - 2014

6 Agir contre la douleur aigüe et/ou chronique physique et/ou morale

- J'évalue la douleur de tous les patients de façon systématique en utilisant les outils adaptés ;
- Je veille au confort du patient pour toutes situations de soins ;
- Je suis attentif aux changements de comportement des personnes ;
- Je prends en compte les inquiétudes exprimées ;
- Je transmets à l'équipe soignante et médicale les situations douloureuses physiques et morales des patients et je les trace dans le dossier.

7 Accompagner la personne et ses proches en fin de vie

- Je propose de mettre à disposition toutes les compétences humaines et ressources matérielles de l'établissement et m'attache à les activer ;
- J'informe le patient et son entourage sur la politique concernant les heures de visites et sur la possibilité de rester la nuit ;
- Je soulage une collègue d'une partie de son travail pour lui permettre d'accompagner une personne en fin de vie et ses proches.

8 Rechercher constamment l'amélioration des prestations d'accueil, d'hôtellerie, d'hygiène, de transports, etc

- Je remets au patient le livret d'accueil de l'établissement et lui explique le fonctionnement du service ;
- Je me rends disponible pour répondre aux demandes d'informations et d'orientation des patients ;
- Je m'informe des protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement et je les mets en œuvre ;
- Je propose au patient de choisir parmi les différents menus établis ;
- Je respecte les souhaits du patient et/ou de son entourage pour le choix de l'entreprise de transport pour sa sortie.

9 Garantir une prise en charge médicale et soignante conforme aux bonnes pratiques et recommandations

- Je prends connaissance de l'évolution de l'état de santé du patient afin d'assurer la continuité de sa prise en charge ;
- Je communique avec les différents intervenants assurant la prise en soins du patient ;
- J'actualise mes connaissances professionnelles tout au long de ma carrière (connaissance des protocoles et des bonnes pratiques, lectures professionnelles, formation continue...) ;
- Je délivre au patient et/ou à sa famille/personne de confiance, une information de qualité, hiérarchisée sur des données validées et qui présente les bénéfices attendus et les risques encourus ;
- Je respecte les choix exprimés par le patient.

10 Evaluer et prendre en compte la satisfaction des usagers et de leur entourage dans la dynamique d'amélioration continue des services proposés

- J'explique au patient et à son entourage l'intérêt de remplir le questionnaire de satisfaction ;
- Je suis attentif aux remarques des patients et de leur entourage et j'en tiens compte dans ma pratique quotidienne pour apporter une réponse adaptée. Si besoin, je les transmets aux personnes et/ou services concernés.

CHARTE EUROPEENNE DES DROITS DE L'ENFANT HOSPITALISE

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

CHARTE D'UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIQUES ET DES SERVICES INTERNET

DU CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE

Avis CTE du 9 Décembre 2010
Avis CME du 9 Décembre 2010
Avis Conseil de Surveillance du 10 Décembre 2010

Autorisation de l'application
Vincent DELIVET - Directeur

26 Novembre 2010
D.S.I.O

SOMMAIRE

- Préambule
- Définitions
- Les professionnels concernés
- Les activités autorisées
- Les habilitations
- La mise à disposition des moyens
- L'usage des services d'Internet
- Surveillance et contrôle des usagers du réseau
- Responsabilités
- L'engagement des utilisateurs
- Sanctions
- Diffusion
- Evaluation

PREAMBULE

Le centre hospitalier de Brive met en œuvre un système d'information et de communication nécessaire à l'ensemble de ses activités, comprenant notamment un réseau informatique.

L'utilisation d'un système informatique s'inscrit dans le cadre des lois en vigueur, dont le non-respect peut entraîner des sanctions pénales :

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 « informatique et libertés » : Elle concerne les informations nominatives contenues dans les fichiers pour la protection des personnes enregistrées. Elle reconnaît des droits aux personnes dont les informations sont enregistrées.

Loi n°78-753 du 17 juillet 1978 « accès aux documents administratifs »,

Loi n°85-660 du 3 juillet 1985 « protection des logiciels » : Cette loi protège les droits d'auteurs. elle fait suite à la loi relative à la protection des travaux littéraires. Ces droits ne concernent pas le fond mais la forme, qui doit être inventive et originale.

Loi n°88-19 du 5 janvier 1988 « fraude informatique » : Cette loi concerne, entre autres, l'accès non autorisé à l'information, l'altération non autorisée des systèmes d'information, et l'introduction d'informations non autorisées dans un fichier.

Loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989,

Loi 91-646 du 10 juillet 1991, relative au secret des correspondances émises par la voie des communications électroniques

Loi n°95-597 du 1er juillet 1992 « code de la propriété intellectuelle »,

Loi du 13 mars 2000 no 2000-230 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique.

Loi 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

Décret 2006 -358 relatif à la conservation des données des communications électroniques

Et toute la législation applicable en matière de cryptologie.

L'utilisation de tout système informatique relié à un réseau suppose donc de la part des utilisateurs et des administrateurs le respect d'un certain nombre de règles.
Les raisons qui justifient le renforcement des contraintes d'utilisation sont entre autres de :

- ⇨ **Maintenir la Sécurité du système d'information**
- ⇨ **Préserver la confidentialité et l'intégrité des données**
- ⇨ **Maintenir les performances du système**
- ⇨ **Limiter la prolifération anarchique des logiciels**
- ⇨ **Eviter l'atteinte à des droits privatifs**
- ⇨ **Eviter l'utilisation d'Internet dans le but de réaliser des actions illicites :** diffamation, pédophilie, …

Dans un tel contexte, ce système ne peut fonctionner que dans un cadre strictement organisé qui précise les droits et devoirs utilisateurs vis à vis de l'établissement et réciproquement.

L'objet de la présente charte est de fixer ce cadre afin qu'il soit connu de tout professionnel à partir du moment où il aura à accéder à un quelconque des composants du système d'information.

Définitions

- **Utilisateur :** Est dénommé « utilisateur » toute personne quel que soit son statut, ayant accès ou utilisant les ressources informatiques de l'établissement.
- **Compte utilisateur :** il s'agit du code permettant d'identifier l'utilisateur connecté à un système informatique
- **Moyens informatiques ou ressources informatiques -** ces termes regroupent :
  - les moyens informatiques matériels : serveurs, ordinateurs portables ou non, imprimantes, photocopieurs en réseau, scanner et tout autre équipement informatique,
  - les logiciels qu'ils soient sur l'ordinateur de l'utilisateur ou accessibles à distance sur le serveur de l'établissement ou autres serveurs externes (internet,…),
- **Administrateur système** : désigne la personne chargée de gérer le système et le réseau informatique. Il dispose à ce titre de droits d'accès et de contrôle spécifiques qui ne sont pas accessibles à l'utilisateur.

Les professionnels concernés

La présente charte s'applique à toute personne quel que soit son statut, utilisant les ressources informatiques du centre hospitalier, y compris les étudiants, intérimaires, intervenants extérieurs, visiteurs occasionnels et employés de sociétés prestataires.

Les Activités autorisées

- **L'utilisation des ressources informatiques** est autorisée dans le cadre exclusif de l'activité professionnelle des utilisateurs, conformément à la loi en vigueur. Toute utilisation qui ne serait pas formellement identifiée comme privée sera traitée comme professionnelle. Par conséquent, l'administrateur pourra prendre connaissance des informations produites ou consultées dans ce cadre.
- **L'utilisation à titre privée est tolérée :**
  - Si elle ne perturbe ni la bonne exécution ni la productivité du travail de l'utilisateur ;
  - Si elle ne porte pas atteinte au bon fonctionnement, à la performance du réseau ou à la sécurité des installations, ressources et réseaux ;
  - Si elle est conforme à la réglementation et à cette charte ;
  - Si le centre Hospitalier n'est pas impliqué dans cette utilisation personnelle (présence d'adresse emails de l'établissement sur des sites et forums sans rapport avec l'activité professionnelle)

Les Habilitations

- L'accès à certains éléments du système d'information comme la messagerie électronique, les applications contenant des données médicales nominatives (dossier patient), les sessions sur les ordinateurs est protégé par des paramètres de connexion (identifiants et mots de passe). Ces paramètres sont personnels à l'utilisateur et doivent être gardés confidentiels. Ils permettent de contrôler comme le prévoit la loi l'accès et l'activité des utilisateurs à des données médicales nominatives.

- ⇨ Pour chaque fonction, un profil de droit d'accès au système d'information est établi. Ce profil tient compte du service d'affectation et des différents domaines accessibles (patient, ressources humaines, gestion économique, finances, internet, messagerie électronique...).
- ⇨ Une commission »droits et habilitations « a pour mission de veiller à l'adéquation des besoins d'accès des utilisateurs avec les besoins découlant de leurs activités professionnelles.
- ⇨ A chaque utilisateur relié au réseau informatique interne de l'établissement est associé :
  - ⇨ Un compte utilisateur nominatif,
  - ⇨ Un mot de passe personnel,
  - ⇨ Une adresse de messagerie électronique si nécessaire.

Dans le cas d'une utilisation simultanée d'une ressource informatique par un groupe d'utilisateurs, le compte pourra être générique. Dans ce cas il reprendra l'identification du service concerné : exemple de la messagerie par service.
Le droit d'accès est temporaire et limité à des activités conformes aux missions de l'établissement. Il est retiré lorsque la fonction de l'utilisateur ne le justifie plus.

La mise à disposition des moyens

Le Centre hospitalier s'engage à mettre à la disposition des utilisateurs, auxquels il impose l'utilisation d'outils informatiques, les moyens adaptés. Ces moyens tiennent compte du profil de l'utilisateur.
Toute demande particulière doit faire l'objet d'une demande à la Direction des Systèmes d'Information et de l'organisation par le biais du responsable de service, responsable ou cadre de proximité.

- ⇨ Tous les ordinateurs sont connectés à un réseau informatique qui apporte les services suivants :
  - communication entre utilisateurs du réseau (messagerie, intranet…)
  - accès à des logiciels métiers installés sur des serveurs accessibles via le réseau
  - partage de ressources (dossiers, fichiers, imprimantes)
- ⇨ L'accès au réseau est conditionné par une authentification ou login avec un code utilisateur et un mot de passe.
- ⇨ Un antivirus est installé sur chaque poste et scanne tout fichier qui entre/sort. Cet antivirus ne doit pas être désactivé.
- ⇨ Après connexion au réseau, chaque service a accès à un espace dédié au stockage de ses documents bureautique. Cet espace est accessible via le "poste de travail" sous la lettre **G:**. Chaque service organise cet espace à sa convenance. Seuls les fichiers stockés sur **G:** sont quotidiennement sauvegardés. Certaines catégories d'utilisateurs disposent sur cet espace d'un dossier privé nominatif.
- ⇨ Le stockage de fichiers de plus de 50Mo n'est pas autorisé sur le réseau. Après avertissement de l'utilisateur, les fichiers concernés pourront être supprimés des serveurs.
- ⇨ Le stockage des fichiers musicaux ou vidéo non lié à l'activité professionnelle de l'utilisateur n'est pas autorisé sur le réseau. Après avertissement de l'utilisateur, les fichiers concernés seront supprimés des serveurs.
- ⇨ Un répertoire à usage privé peut être créé en local sur le PC (le disque C:).

L'usage des services d'Internet (Web, messagerie, forum…)

Les services Internet ne peuvent être utilisés que dans le cadre exclusif d'activités professionnelles et dans le respect de la législation en vigueur. Seuls ont vocation à être consultés les sites internet présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité professionnelle.

La généralisation de l'accès à Internet et de la messagerie engendrant une croissance rapide des flux des données, chacun doit veiller à une juste utilisation de ces outils de façon à ne pas surcharger le réseau et les serveurs.

Afin de se conformer à ces obligations, le service informatique a mis en œuvre un ensemble d'équipements matériel/logiciel permettant :

- ⇨ Le filtrage de sites Internet non autorisés
- ⇨ L'interdiction de télécharger des logiciels, des fichiers de format type audio, vidéo (mp3, …)
- ⇨ Le contrôle à postériori des données de connexion à Internet.

Les messages électroniques sont assimilés à des messages privés et ont donc un caractère confidentiel. Les mails sont conservés pendant 3 mois puis épurés. Charge à l'utilisateur de s'organiser pour archiver les messages à conserver.
La consultation des messageries personnelles (Web Mail) est très fortement déconseillée du fait de leur pollution par le spam et les virus.

Ne sont notamment pas autorisés les pratiques suivantes :

- ⇨ Le téléchargement de vidéo, d'images animées, de banque de son,
- ⇨ La diffusion de tracts par messagerie,
- ⇨ Le « spam » (diffusion d'un document en grand nombre)
- ⇨ Les forums ne sont autorisés que dans le cadre de groupes de travail reconnus par le centre hospitalier

Surveillance et contrôle des usages du réseau

Toutes les informations provenant d'internet sont filtrées automatiquement par un antivirus. Si une exception est autorisée par la direction, l'utilisateur est seul responsable des éventuelles conséquences (virus, intrusion, piratage,…).
Les mails sont analysés par un logiciel anti-spam en plus de l'antivirus. Le serveur de messagerie peut refuser certaines pièces jointes pouvant être considérées comme dangereuses (type .exe par exemple). L'établissement dégage toute responsabilité en cas de perte d'un message suite à une détection automatique d'un faux positif.

Pour des nécessités de maintenance, de gestion technique, de traçabilité, de sécurité, et de détection des abus, l'utilisation des ressources informatiques est soumise à contrôle et analyse dans le respect de la législation applicable et notamment de la loi sur l'informatique et les libertés.

L'attention des utilisateurs est attirée sur le fait qu'il est ainsi possible de contrôler leur activité et leurs échanges ; Certains contrôles sont automatiquement effectués notamment :

- Accès aux sites interdits
- Blocage des téléchargements illégaux.
- Blocage automatique des mails contenant des virus et du spam.

Toute activité informatique laisse des traces :

- Toute connexion au réseau est automatiquement tracée (heure de connexion, auteur, heure de déconnexion).
- Les pare-feu enregistrent toute l'activité internet, qu'il s'agisse des sites visités, de l'horaire des visites, de la nature des éléments téléchargés ou des caractéristiques des messages.
- Certains logiciels métier enregistrent automatiquement QUI à fait QUOI et QUAND.

L'utilisateur est expressément informé que, conformément à la réglementation, un journal des opérations réalisées sur Internet est conservé. Ce journal contient l'ensemble des informations décrites dans le décret 2006 -358 relatif à la conservation des données des communications électroniques. Il contient notamment :

- ⇨ Le code utilisateur Windows ou l'adresse email,
- ⇨ L'adresse IP du PC
- ⇨ Les caractéristiques techniques de chaque communication (URL, …)
- ⇨ Le destinataire de la communication (adresse email, adresse IP, …)

Le centre Hospitalier fera une double utilisation du journal des opérations :

- ⇨ Contrôle de l'utilisation d'internet vis-à-vis de la conformité
- ⇨ Etudes statistiques et techniques de l'utilisation d'internet dans l'établissement.

Le journal des opérations peut être mis à disposition des autorités si elles en font la demande.
Conformément à la loi Informatique et libertés, l'utilisateur possède le droit d'accès et de rectification de ces données. Vous pouvez demander à exercer ce droit par courrier au Directeur des Systèmes d'information et de l'organisation.

Le service informatique consulte régulièrement les statistiques des rapports d'activité en particulier les tentatives d'accès à des sites non autorisés, ou les téléchargements non autorisés.

Les utilisations abusives seront d'abord notifiées à l'utilisateur ou au responsable du service (dans le cas d'un poste générique) par le responsable informatique. Le droit d'accès à Internet pourra être retiré par le Directeur des Systèmes d'information et de l'Organisation si les conditions d'accès ne sont plus respectées ou si le comportement de l'utilisateur est contraire à la charte.

Responsabilités

Lors de l'accès à Internet, l'utilisateur doit respecter les règles définies dans la présente charte ainsi que la réglementation applicable. En cas de non-respect de ces règles, d'agissements frauduleux, ou dommageables, l'utilisateur pourra être tenu pour personnellement responsable.
Le Centre Hospitalier se réserve le droit d'appliquer à l'utilisateur les sanctions appropriées : suppression temporaire ou définitive des droits d'accès, sanctions disciplinaires ou poursuites judiciaires.
Dans le cas d'une utilisation non professionnelle d'Internet, le centre hospitalier dégage toute responsabilité et l'utilisateur est seul responsable devant la loi.

L'Engagement des Utilisateurs

Les droits et devoirs des utilisateurs concernent la responsabilité de l'utilisateur vis-à-vis des ressources matérielles et logicielles auxquelles il a accès. Ils impliquent le respect des bonnes pratiques d'utilisation des matériels, le respect de ces matériels ainsi que des conditions d'autorisation de connexion au réseau informatique de l'établissement.
Le transport de données professionnelles à l'extérieur du CH (par mail ou tout support électronique amovible) est sous la responsabilité de l'utilisateur. Les échanges/transferts doivent être sécurisés (mot de passe, cryptage…).

Chaque utilisateur s'engage à :

- ⇨ Respecter les lois et règlements en vigueur.
- ⇨ Veiller au respect de la confidentialité des informations en sa possession. En particulier, il ne doit pas transmettre via Internet les données nominatives et/ou confidentielles en sa possession.
- ⇨ Veiller en toutes circonstances au respect de la législation qui protège notamment les droits de propriété intellectuelle, le secret des correspondances, les données personnelles, le droit à l'image des personnes, les systèmes de traitement automatisé de données
- ⇨ Utiliser les ressources informatiques dans le cadre de ses activités professionnelles. Il est possible de stocker sur le PC (et non sur les ressources réseau [G :] des données à caractère privé. Le répertoire de stockage devra expliciter porter la mention « privé, perso… » ou équivalent. La protection et sauvegarde de ces données incombe à l'utilisateur.
- ⇨ Enregistrer les fichiers produits sur le réseau de l'établissement, afin d'en assurer la sauvegarde. Le service informatique n'est pas responsable et n'assure pas les données enregistrées sur le disque dur des postes informatiques.
- ⇨ Modifier son mot de passe lors de la première connexion au réseau. Il est préconisé de le changer régulièrement, et surtout de le garder secret. Si pour des raisons exceptionnelles, un utilisateur est amené à communiquer son mot de passe à autrui, il devra veiller dès que possible au changement de ce dernier. Chaque utilisateur est responsable de toute utilisation des ressources informatiques du CH faite à partir de son code d'accès, et éventuels dommages. Toutes violation, intrusion ou anomalie devront être signalées et pourront faire l'objet de poursuites.
- ⇨ Eviter de laisser en évidence des codes d'accès. Ne pas laisser un poste de travail connecté et accessible à autrui en son absence : le poste doit être verrouillé ou éteint.
- ⇨ Ne pas modifier la configuration des machines.
- ⇨ Ne pas installer de matériels extérieurs au parc du Centre Hospitalier. Ne pas installer de logiciels ou programmes sur le matériel mis à leur disposition par le Centre Hospitalier. Pour tout préjudice dont la cause serait inhérente à des matériels ou logiciels non déclarés, le Centre Hospitalier se réserve le droit de se retourner contre l'utilisateur. Seul le service informatique ou ses fournisseurs sont habilités à installer des matériels et logiciels.

- ⇨ Ne pas utiliser/introduire des programmes destinés à contourner la sécurité ou saturer les ressources. Ne pas contourner les restrictions d'utilisation d'un logiciel.

- ⇨ Ne pas tenter d'accéder à des domaines non autorisés. Ne pas tenter de lire, modifier, copier ou détruire des données techniquement accessibles mais hors du champ de compétences de l'utilisateur.

- ⇨ Ne pas reproduire, télécharger, copier, diffuser, modifier ou utiliser des logiciels, bases de données, pages web, images photos, films ou autres créations protégées par des droits d'auteurs ou un droit privatif, sans avoir au préalable obtenu l'autorisation des titulaires de ces droits.

- ⇨ Si dans l'accomplissement de son travail, l'utilisateur est amené à constituer des fichiers soumis aux dispositions de la loi informatique et libertés, il doit accomplir, en relation avec la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation, les formalités requises par la CNIL.

- ⇨ Avertir l'informatique avant de déplacer/permuter du matériel.

- ⇨ Respecter les règles liées à la mise en commun de ressources (imprimantes, fichiers et dossiers partagés…).

- ⇨ Etre vigilant quant à l'utilisation de supports externes (CD, clés USB,…) vecteurs potentiels de virus.

- ⇨ Signaler au service informatique toute tentative de violation de son compte et toute anomalie (apparition de virus, tentative d'intrusion ou intrusion).

MESSAGERIE

- ⇨ Ne pas ouvrir les mails et pièces-jointes douteux (expéditeur inconnu, nom des fichiers joints suspects). En cas de doute, contacter l'informatique ou le référent informatique dans votre service.

- ⇨ Dans le cas de mailing en nombre, éviter les pièces jointes volumineuses (photos, PowerPoint) qui vont surcharger le réseau et le serveur de messagerie.

L'Engagement des Informaticiens

Le corollaire des droits et devoirs des utilisateurs correspond aux engagements des gestionnaires du périmètre technique.

⇨ **La Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation**

La DSIO s'engage à assurer le pilotage du SIH, conformément au schéma directeur des systèmes d'information, et au projet d'établissement.
Garante du bon fonctionnement dans le respect des lois et normes en vigueur, elle veille également à ce que le service informatique et les informaticiens appliquent leurs missions et respectent leurs engagements.

⇨ **Le service informatique**

Les Informaticiens assurent le fonctionnement normal et la sécurité des réseaux et systèmes.
Ils assurent la maintenance des matériels et logiciels fournis par le centre hospitalier et mis à disposition des utilisateurs.

Ils peuvent être conduits par leurs fonctions à avoir accès à l'ensemble des informations relatives aux utilisateurs, y compris celles qui sont enregistrées sur le disque dur du poste de travail, dans le respect cependant du secret professionnel. Ils n'ont aucune possibilité d'accéder au contenu des mails. Le service informatique ne dispose pas d'accès aux mots de passe des utilisateurs.

Chaque technicien du service informatique s'engage à n'accéder au contenu d'un fichier stocké sur le réseau qu'à la seule demande du chef d'établissement, du chef de service, ou de l'utilisateur.

Les techniciens ont potentiellement accès à tous les logiciels métiers, et à toutes les fonctionnalités disponibles dans chacun de ces logiciels. Chaque technicien du service s'engage à n'accéder aux données sensibles et confidentielles (paye, carrière agent, dossier médical…) qu'à la seule demande du chef d'établissement, du chef de service, ou de l'utilisateur qui rencontre un problème. Ils s'engagent à ne pas en faire usage pour quelque motif que ce soit.

Les techniciens en charge des opérations de contrôle sont soumis à une obligation de confidentialité. Ils ne peuvent donc divulguer les informations qu'ils sont amenés à connaître dans le cadre de leur fonction, en particulier lorsqu'elles sont couvertes par les secrets des correspondances ou relèvent de la vie privée de l'utilisateur.

Ils assurent les sauvegardes des données produites par les utilisateurs sur les serveurs de l'établissement et en cas de perte de fichiers, ils peuvent les restaurer dans leur version la plus récente.

Afin d'assurer la maintenance, ils disposent d'un outil permettant de prendre le contrôle d'un poste de travail à distance. L'usage de cet outil ne peut se faire qu'avec l'accord préalable de l'utilisateur concerné et en sa présence.

Des opérations de maintenance pourront être effectuées après 17h. Le service informatique s'engage à informer préalablement les utilisateurs, et leur laisser le temps de terminer ce qu'ils ont en cours.

Le service informatique s'engage à apporter le niveau de service suivant sur les matériels et logiciels fournis par le Centre Hospitalier :

Niveau de service en cas de panne matérielle sur un PC ou une imprimante :

- chaque matériel dispose d'un contrat de maintenance avec le fournisseur : réparation à j+1
- le service informatique essai de garder en stock du matériel de secours pour dépanner le jour même

Niveau de service en cas de panne matérielle sur un serveur :

- chaque serveur dispose d'un contrat de maintenance avec le fournisseur : réparation H+4 5j/7 voir 6j/7
- les serveurs sont prévus pour tolérer les pannes de la plupart des composants
- le taux de disponibilité des 20 serveurs sur le 1ier semestre 2006 est de 99,8%

Niveau de service en cas de problème logiciel :

- chaque logiciel dispose d'un contrat de maintenance avec le fournisseur
- les données sont sauvegardées toutes les nuits
- les fichiers bureautiques sont sauvegardés plusieurs fois dans la journée
- en cas de perte de fichiers, le service informatique peut le restaurer dans la version la plus récente

Une procédure d'exploitation visant à vérifier le bon fonctionnement de l'infrastructure informatique est quotidiennement appliquée avant 8h.

Le service informatique met à la disposition des utilisateurs une Hotline téléphonique (n° 6047) en semaine de 8H à 17H00.

Sanctions

Le but principal de la présente charte est d'indiquer à l'utilisateur la voie à suivre pour utiliser le système d'information et Internet dans les meilleures conditions de sécurité et de performance.
Néanmoins, le manquement aux règles et mesures de sécurité de la présente charte est susceptible d'engager la responsabilité de l'utilisateur et d'entraîner à son encontre des avertissements, des limitations ou suspensions d'utiliser tout ou partie du système d'information et de communication, voire des sanctions disciplinaires, proportionnées à la gravité des faits concernés, voire des poursuites judiciaires.

Diffusion

La présente charte est disponible sur l'intranet. Elle sera distribuée à tout nouvel arrivant.
Le service informatique est à la disposition des utilisateurs pour leur fournir toute information concernant l'utilisation des Technologies de l'information et Communication (TIC).

Evaluation

Le respect de cette charte fera l'objet d'une évaluation au travers de :

- L'utilisation du réseau intranet
- L'utilisation du réseau internet

centre hospitalier de Brive

Avis Favorable
CME 17/12/2015

PROCEDURE

SUIVI MEDICAL DES PATIENTS ENTRES PAR LES URGENCES
ET
HOSPITALISES DANS UN SERVICE NON ADEQUAT PAR INDISPONIBILITE EN LITS

PRINCIPES GENERAUX :

❖ Dans le champ MCO :

➢ Le patient relève d'une pathologie d'organe bien identifiée ou son orientation médicale paraît évidente **mais aucun lit n'est disponible dans le service d'orientation adéquat,** le patient est hospitalisé en hébergement dans un service de substitution.

- ✓ **Pendant les heures ouvrables :** Le médecin urgentiste oriente le malade vers un service hébergeur de substitution. **Le médecin coordonnateur assure la continuité des soins en journée pour les hébergements en chirurgie et la transition avec le médecin responsable**. De plus, le médecin coordonnateur informe quotidiennement les praticiens pour lesquels un patient relevant de leur spécialité est hébergé dans un autre service. Le praticien spécialiste devient responsable de la prise en charge médicale du malade dans le service hébergeur.

- ✓ **Pendant les heures de garde :** Le médecin urgentiste oriente le malade vers un service hébergeur de substitution. Il assure le suivi médical du patient jusqu'à la fin de sa garde (8h30).
  Chaque matin, le médecin urgentiste transmet au médecin coordonnateur de la prise en charge la liste des patients ainsi hébergés. En son absence, cette liste est transmise à chaque praticien concerné.

  Chaque praticien consulte chaque jour son planning de rattachement l'informant des patients hébergés dans d'autres UM mais sous sa responsabilité médicale. Ce médecin spécialiste devient responsable de la prise en charge médicale du malade dans le service hébergeur.
  Pour les patients hébergés en chirurgie, le médecin spécialiste s'appuie sur le médecin coordonnateur de la prise en charge. Ce dernier dispose du concours des médecins spécialistes dont l'intervention est nécessaire.
  S'agissant des patients d'une spécialité médicale hébergés dans un autre secteur de médecine, l'intervention du médecin coordonnateur de la prise en charge se limite à s'assurer que le médecin de spécialité est bien informé de la situation. Ce dernier assure totalement la prise en charge, avec l'appui éventuel de ses collègues du service d'hébergement.

Il appartient à chaque Chef de service, en lien avec son encadrement, de mettre en place une organisation, lui permettant de s'assurer que tous les patients accueillis dans son service sont bien pris en charge par un médecin de l'établissement.

En cas d'absence du médecin coordonnateur de la prise en charge, il incombe au médecin du service hébergeur de voir le malade, de prendre contact avec son collègue spécialiste pour mettre en place un protocole de prise en charge (surveillance, traitements) et planifier l'intervention du médecin spécialiste ainsi que les modalités de transfert dans le service de spécialité.

❖ Dans le champ PSYCHIATRIE :

La notion **« d'hébergé-rattaché »** développée précédemment ne peut pas s'appliquer en inter-champs. Il n'est pas possible d'héberger dans une UM du champ MCO un patient relevant d'une prise en charge appartenant au champ psychiatrie en ayant recours à la notion **« d'hébergé-rattaché »** et inversement.

CAS n°1 ➔ **Le patient relevant d'une prise en charge psychiatrique admis par le service des urgences et ne pouvant être muté dans un UM de psychiatrie en raison d'une indisponibilité en lits :** le patient est hospitalisé en hébergement dans un service de substitution du champ MCO ; le malade est **hébergé** dans une UM du champ MCO et **rattaché** à cette même UM du champ MCO.

- ✓ *Pendant les heures ouvrables :*
  Le médecin urgentiste oriente le malade prioritairement vers l'UHCD ou à défaut vers un service hébergeur de substitution du champ MCO. L'équipe médicale de ce service hébergeur coordonne la prise en charge médicale du malade. La prise en charge psychiatrique est assurée par **l'équipe mobile de psychiatrie.** Le médecin psychiatre de l'équipe mobile s'engage à rapatrier le malade vers une UM de psychiatrie dans les meilleurs délais.
  Le médecin psychiatre de l'équipe mobile assure également une prise en charge médico-administrative partielle si nécessaire à savoir la rédaction des courriers de sortie, ordonnances de sortie.
  La production du RUM reste à la charge de l'équipe médicale du service hébergeur pour ce séjour dans le champ MCO avec si nécessaire la collaboration du médecin psychiatre de l'équipe mobile de psychiatrie.

- ✓ *Pendant les heures de garde :*
  Le médecin urgentiste oriente le malade prioritairement vers l'UHCD ou à défaut vers un service hébergeur de substitution du champ MCO. En cas d'hospitalisation dans un service hébergeur du champ MCO, il assure le suivi médical du patient jusqu'à la fin de sa garde (8h30). Il informe **le psychiatre d'astreinte** ou **le psychiatre de service** de l'orientation du patient vers ce service hébergeur. **Le médecin psychiatre d'astreinte** ou **le psychiatre de service** s'engage à rapatrier le malade vers une UM de psychiatrie dans les meilleurs délais. Si le patient n'a toujours pas été « rapatrié » à l'issue de la période de garde, **l'équipe mobile de psychiatrie** prend le relais du psychiatre d'astreinte ou du psychiatre de service pour les heures ouvrables.
  Ces médecins psychiatres (ou le médecin psychiatre de l'équipe mobile de liaison) assure également une prise en charge médico-administrative partielle si nécessaire à savoir la rédaction des courriers de sortie, ordonnances de sortie.

L'équipe médicale du service hébergeur coordonne la prise en charge médicale du malade. La prise en charge psychiatrique est assurée par **un médecin psychiatre.** La production du RUM reste à la charge de l'équipe médicale du service hébergeur pour ce séjour dans le champ MCO avec si nécessaire la collaboration du médecin psychiatre d'astreinte ou du médecin psychiatre de l'équipe mobile de psychiatrie.

CAS n°2 **➔ Le patient présente une pathologie psychiatrique identifiée mais ne souhaite pas être pris en charge dans une UM de psychiatrie pour convenance personnelle ou bien le médecin psychiatre ne souhaite pas l'admettre dans une UM de psychiatrie dans le but d'éviter une décompensation de la pathologie psychiatrique.**

Le patient est hospitalisé dans une UM du champ MCO pour prise en charge d'une pathologie psychiatrique.
Ainsi le malade est **hébergé** dans une UM du champ MCO et **rattaché** à cette même UM du champ MCO.
L'équipe médicale de l'UM du champ MCO coordonne la prise en charge médicale du malade.
La prise en charge psychiatrique est assurée par **l'équipe mobile de psychiatrie.**
Le médecin psychiatre de l'équipe mobile de liaison assure également une prise en charge médico-administrative partielle si nécessaire à savoir la rédaction de l'ordonnance de sortie.
La production du RUM reste à la charge de l'équipe médicale de l'UM dans laquelle se trouve physiquement le patient pour ce séjour dans le champ MCO avec si nécessaire la collaboration du médecin psychiatre de l'équipe mobile de psychiatrie.

Ces principes généraux sont insérés dans le protocole relatif au suivi médical des patients entrés par les urgences et hospitalisés dans un service non adéquat par indisponibilité en lits.
Le protocole, approuvé par la CME 14 avril 2014, décrit l'aspect technique de l'intégration des patients hébergés dans CROSWAY.

centre hospitalier de Brive

COMPOSITION DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DU CH DE BRIVE-LA-GAILLARDE

Articles L.6142-2, R.6144-3, R.6144-3-2 du CSP

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Brive est composée des membres suivants :

1. Membres de droit

L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement.
Les membres de droit de la Commission Médicale d'Etablissement demeurent électeurs dans leur collège mais ne sont pas éligibles.

2. Membres élus

- **20** représentants des Chefs de service ou Responsables d'unité médicale, sont électeurs et éligibles l'ensemble des Chefs de service ou Responsables d'Unité Médicale.

- **20** représentants des praticiens hospitaliers, sont électeurs et éligibles l'ensemble des praticiens hospitaliers.

- **3** représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement :

☞**1** Représentant des praticiens contractuels : sont électeurs et éligibles l'ensemble des praticiens contractuels.
☞**1** Représentant des praticiens attachés : sont électeurs l'ensemble des praticiens attachés, sont éligibles les praticiens attachés renouvelables de droit effectuant au moins cinq vacations hebdomadaires.
☞**1** Représentant des assistants: sont électeurs et éligibles l'ensemble des assistants.

- **2** sages-femmes élues par l'ensemble des sages-femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions.

3. Désignation par l'ARS :

Trois représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie ;

4. Participent aux séances de la Commission Médicale d'Etablissement avec voix consultatives :

- Le Président du Directoire ou son représentant ;
- Le Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du Comité Technique d'établissement élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.