

**REGLEMENT INTERIEUR**

**DU**

**CHU DE SAINT-ETIENNE**

# SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>CHAPITRE I : ORGANISATION INSTITUTIONNELLE</b>	<b>9</b>
1.1	Section I : Directeur, Directoire, Conseil de Surveillance	9
1.1.1	Directeur Général	9
1.1.2	Pouvoirs de police du Directeur Général	10
1.1.3	Directions fonctionnelles	10
1.1.4	Garde de direction	10
1.1.5	Directoire	10
1.1.6	Président de la CME, vice-président du Directoire	12
1.1.7	Conseil de Surveillance	13
1.2	Section II- Organes représentatifs	16
1.2.1	Commission Médicale d'Etablissement (CME)	16
1.2.2	Comité technique d'établissement (CTE)	19
1.2.3	Dispositions communes à la CME et au CTE	22
1.2.4	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	22
1.2.5	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	24
1.3	Section III- Organisation interne	25
1.3.1	Principe de libre organisation interne du CHU	25
1.3.2	Structures internes des pôles d'activités cliniques et médicotechniques : services et unités fonctionnelles	29
1.3.3	Coordination générale des soins infirmiers	29
1.3.4	Pôles administratifs - organigramme de direction	29
1.3.5	Collèges spécialisés relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	30
<b>2</b>	<b>CHAPITRE II : ORGANISATION MEDICALE</b>	<b>31</b>
2.1	Section I- Dispositions spécifiques au personnel médical et pharmaceutique	31
2.1.1	Personnel médical	31
2.1.2	Internes	31
2.1.3	Participation des étudiants à l'activité hospitalière	32
2.2	Section II- Dispositions relatives à l'organisation des soins	32
2.2.1	Coordination des soins dispensés aux malades	32
2.2.2	Compétence spécifique des sages-femmes	32
2.2.3	Continuité du service	32
2.2.4	Visite médicale quotidienne	33
2.2.5	Permanence des soins et permanence pharmaceutique	33
2.2.6	Principes d'organisation de l'activité libérale	33
2.2.7	Modalités d'organisation de l'activité libérale	33

<b>3</b>	<b>CHAPITRE III : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADMISSION, AU SEJOUR ET A LA SORTIE DES PERSONNES HOSPITALISEES</b>	<b>34</b>
3.1	Section I- Dispositions générales	34
3.1.1	Libre choix du patient	34
3.1.2	Accueil du patient	34
3.1.3	Accès aux soins des personnes démunies	35
3.1.4	Consultation externe	35
3.1.5	Plan blanc et afflux de victimes	35
3.2	Section II- Admission	35
3.2.1	Admission en hospitalisation	35
3.2.2	Accueil en urgence	37
3.2.3	Cas spécifiques	38
3.3	Section III- Prise en charge et qualité des soins	42
3.3.1	Information	42
3.3.2	Consentement de la personne hospitalisée	44
3.3.3	Qualité des soins	46
3.4	Section IV- Conditions de séjour	47
3.4.1	Conditions générales	47
3.4.2	Respect de la dignité de la personne et de son intimité	48
3.4.3	Pratiques religieuses – exercice des cultes	48
3.4.4	Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation	48
3.4.5	Recommandations aux visiteurs	48
3.4.6	Accompagnants	49
3.4.7	Interdiction de fumer ou de vapoter	49
3.4.8	Droits civiques	49
3.4.9	Neutralité du service public	49
3.4.10	Missions du service social hospitalier	50
3.4.11	Accès des professionnels de la presse	50
3.4.12	Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et représentants	50
3.4.13	Associations	50
3.4.14	Interdiction des pourboires	50
3.4.15	Repas des personnes hospitalisées	51
3.4.16	Chambre particulière	51
3.4.17	Courrier	51
3.4.18	Téléphone	51
3.4.19	Télévision - Internet	51
3.4.20	Animaux	51
3.5	Section V- Sortie en fin d'hospitalisation	52
3.5.1	Compétence du Directeur Général	52
3.5.2	Formalités de sortie	52
3.5.3	Frais d'hospitalisation et de séjour	52
3.5.4	Evaluation de la qualité du séjour au CHU	52
3.5.5	Sortie des nouveau-nés	52
3.5.6	Sortie des mineurs	52
3.5.7	Sortie contre avis médical	52
3.5.8	Sortie à l'insu du service	53
3.5.9	Sortie disciplinaire	53

3.6	Section VI- Dispositions relatives aux naissances et aux décès	53
3.6.1	Dispositions relatives aux naissances	53
3.6.2	Dispositions relatives aux décès	54
<b>4</b>	<b>CHAPITRE IV : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL</b>	<b>56</b>
4.1	Section I - Principes de bonne conduite professionnelle et obligations des personnels	56
4.1.1	Assiduité et ponctualité	56
4.1.2	Exécution des instructions reçues	57
4.1.3	Interdiction d'exercer une activité à but lucratif	57
4.1.4	Respect des règles de sécurité et des bonnes pratiques en matière d'hygiène	57
4.1.5	Vigilance sanitaire et signalement des incidents, risques ou évènements indésirables de toute nature	57
4.1.6	Tri des déchets	58
4.1.7	Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital	58
4.1.8	Identification des personnels	58
4.1.9	Exigence d'un comportement correct	58
4.1.10	Interdiction de fumer ou de vapoter	58
4.1.11	Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	58
4.1.12	Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'établissement	59
4.1.13	Bon usage des biens de l'établissement	59
4.1.14	Respect de l'identité visuelle du CHU	59
4.1.15	Interdiction de l'utilisation du téléphone personnel	59
4.1.16	Dispositions relatives à la tenue	59
4.1.17	Interdiction de consommer de l'alcool ou des produits illicites	60
4.2	Section II - Principes fondamentaux liés au service public et au respect des usagers	60
4.2.1	Secret professionnel	60
4.2.2	Discrétion professionnelle	60
4.2.3	Obligation de réserve	60
4.2.4	Respect de la liberté de conscience ou d'opinion des usagers	61
4.2.5	Devoir d'information des usagers	61
4.2.6	Respect du libre choix des patients et des familles	61
4.2.7	Sollicitude envers le patient et promotion de la bienveillance	61
4.2.8	Connaissance et application de la Charte de la personne hospitalisée	61
4.2.9	Connaissance et application des Chartes en vigueur au CHU	62
4.3	Section III- Droits des personnels	62
4.3.1	Liberté d'opinion	62
4.3.2	Principe de non-discrimination	62
4.3.3	Protection des agents	62
4.3.4	Droit syndical - Liberté syndicale	62
4.3.5	Droit de grève	63
4.3.6	Droit de retrait en cas de péril grave et imminent	63
4.3.7	Droit à la formation professionnelle	63
4.3.8	Accès au dossier personnel des agents	64
4.3.9	Indemnités servies à l'occasion des missions et formations	64

<b>5</b>	<b>CHAPITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORDRE PUBLIC AU SEIN DU CHU</b>	<b>64</b>
5.1	Section I- Dispositions relatives à la tranquillité et à la sécurité	64
5.1.1	Compétence du Directeur Général	64
5.1.2	Opposabilité des règles de sécurité	64
5.1.3	Accès des personnes et sécurité générale	65
5.1.4	Calme et tranquillité au sein du CHU	65
5.1.5	Missions du service de sécurité	65
5.1.6	Moyens du service de sécurité	65
5.1.7	Attributions du service de sécurité pour la sécurité des personnes	66
5.1.8	Vidéo-surveillance et matériels informatisés de sécurité	66
5.1.9	Infractions perpétrées dans l'enceinte du CHU	66
5.1.10	Enquête judiciaire au sein de l'établissement	66
5.2	Section II- Dispositions relatives à la circulation et au stationnement	67
5.2.1	Accès des véhicules et règles de circulation	67
5.2.2	Limites spécifiques d'accès des véhicules	67
5.2.3	Attributions du service de sécurité pour la circulation et le stationnement	68
5.3	Section III- Dispositions relatives aux circonstances exceptionnelles	68
5.3.1	Circonstances exceptionnelles	68
5.4	Section IV- Applications et recours	69
5.4.1	Contrôle de l'application des règles de sécurité	69
<b>6</b>	<b>DISPOSITIONS FINALES</b>	<b>69</b>
6.1	Adoption du règlement intérieur	69
6.2	Modification du règlement intérieur	69
<b>7</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>69</b>

## PREAMBULE

Le présent règlement intérieur du CHU de Saint-Etienne est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur et notamment le Code de la Santé Publique (CSP).

Il a été arrêté par le Directeur Général du CHU de Saint-Etienne après :

- concertation avec les membres du Directoire au cours de la séance du 9 novembre 2015
- avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME) le 23 novembre 2015
- avis du Comité Technique d'Établissement (CTE) le 7 octobre 2015
- avis du Conseil de Surveillance le 16 décembre 2015
- Information de la Commission des Soins infirmiers de Rééducation et Médicotechniques le 3 novembre 2015
- Information du Comité Hygiène Sécurité Condition de Travail A le 12 novembre 2015 et du CHSCT B le 26 novembre 2015

Conformément à l'article L6143-7 du CSP, le Directeur Général du CHU de Saint-Etienne assure l'application et l'exécution des dispositions du règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement.

### Article A : Statut du Centre Hospitalier Universitaire

Le Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne est un établissement public de santé doté de la personnalité morale, dont le siège se situe 42055 SAINT-ETIENNE cedex 02.



L'établissement compte trois sites hospitaliers :

- Hôpital Nord (Avenue Albert Raimond - 42270 SAINT PRIEST EN JAREZ)
- Hôpital Bellevue (25 boulevard Pasteur - 42100 SAINT-ETIENNE)
- Hôpital La Charité (44 rue Pointe Cadet - 42100 SAINT-ETIENNE)

Le CHU de Saint-Etienne est un établissement de soins hospitalier et universitaire où, en complément des activités de soins, et dans le respect des usagers, sont organisés à la fois des enseignements médicaux, post-universitaires et paramédicaux ainsi que des activités de recherche médicale, paramédicale et pharmaceutique. Une convention a été signée, dans ce cadre, entre le CHU de Saint-Etienne, l'Université Jean Monnet et son Unité de Formation et de Recherche de Médecine Jacques Lisfranc.

### Article B : Missions du Centre Hospitalier Universitaire

Conformément à l'article L. 6111-1 du Code de la Santé Publique, le CHU de Saint-Etienne a pour missions :

-  d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
-  de délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ;

- ✚ de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec les Conseils Généraux pour les compétences qui les concernent ;
- ✚ de participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- ✚ de mener, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Conformément à l'article L. 6112-1 du Code de la Santé Publique, le CHU de Saint-Etienne assure en outre les missions de service public suivantes :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de [l'article 706-135 du code de procédure pénale](#) ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de [l'article L. 551-1](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Ces missions de service public font l'objet d'une déclinaison négociée avec l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes (ARS) dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

## **Article C : Principes fondamentaux garantis par le Centre Hospitalier Universitaire**

Par référence à l'article L. 6112-3 du Code de la Santé Publique, le CHU de Saint-Etienne garantit les principes fondamentaux d'égal accès de tous aux soins, de la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service. De plus, le CHU de Saint-Etienne garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions une prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Il applique, en outre, la Charte de la personne hospitalisée telle que définie par la circulaire du 2 mars 2006. La dispensation de soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles, la considération de la personne, de sa dignité, et la prise en compte de sa souffrance constituent des obligations essentielles de l'ensemble des personnels hospitaliers.



Eu égard à ses missions, le CHU de Saint-Etienne garantit, par une organisation adéquate, la continuité du service. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, l'établissement est en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services.

## **Article D : Objet du présent règlement intérieur**

Arrêté en application du Code de la Santé Publique, le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du CHU ainsi que les droits et devoirs des usagers et des personnels.

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique, le Directeur Général veille à son application sur l'ensemble des sites de l'établissement.

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition :

-  des usagers : sur le site Internet du CHUSE, à la Maison des Usagers ou sur demande auprès du secrétariat de la Direction Générale ;
-  des personnels : sur le site Intranet ou sur demande auprès du secrétariat de la Direction Générale.



## 1 CHAPITRE I : ORGANISATION INSTITUTIONNELLE

### 1.1 Section I : Directeur, Directoire, Conseil de Surveillance

#### 1.1.1 Directeur Général

Le Directeur Général conduit la politique de l'établissement, dont il est le représentant légal.

#### Textes de référence

Art. L6143-7

D. 6143-33 et suivant du CSP

Le directeur général dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement.

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

Le Directeur Général est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement.

Le Directeur Général préside le Directoire et participe aux séances du Conseil de Surveillance dont il exécute les délibérations.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur Général a compétence pour :

- ✚ conclure le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- ✚ décider, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- ✚ arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement ;
- ✚ déterminer, après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux, le programme d'investissement ;
- ✚ fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel et les propositions des tarifs de prestations ;
- ✚ arrêter le compte financier qu'il soumet ensuite à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- ✚ arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité ;
- ✚ proposer la participation à l'une des formes de coopération sanitaire ;
- ✚ conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- ✚ conclure les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat public-privé et les conventions de location ;
- ✚ soumettre au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
- ✚ conclure les délégations de service public

- ✚ arrêter le règlement intérieur de l'établissement ;
- ✚ à défaut d'un accord sur l'organisation du travail conclu avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décider de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- ✚ présenter à l'ARS le plan de redressement ;
- ✚ arrêter le plan blanc de l'établissement.

Le Directeur Général peut, sous sa responsabilité et dans les conditions déterminées par le décret n°2009-1765 du 30 décembre 2009 (articles D. 6143-33 et s. CSP), déléguer sa signature aux personnels sur lesquels il exerce son autorité.

### 1.1.2 Pouvoirs de police du Directeur Général

Conformément à la jurisprudence administrative (Conseil d'Etat, arrêt n°168606 du 17 novembre 1997), le Directeur Général détient le pouvoir de police dans l'établissement: il peut interdire l'accès de l'hôpital à toute personne ne respectant pas les règlements ou causant des désordres persistants.

### 1.1.3 Directions fonctionnelles

Pour assurer la conduite de l'établissement, le Directeur Général est entouré d'une équipe de direction.

### 1.1.4 Garde de direction

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le Directeur Général organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, une garde de direction.

### 1.1.5 Directoire

#### ✚ Composition et fonctionnement

#### Textes de référence

Art L. 6143-7-5,  
D. 6143-35-1 à D. 6143-35-5 du CSP

Dans les Centres Hospitaliers Universitaires, le Directoire est composé de neuf membres, membres du personnel de l'établissement dont une majorité de membres du personnel médical.

#### Membres de droit :

- ✚ le directeur, président du Directoire ;
- ✚ le président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-président du Directoire coordonnateur de la politique médicale ;
- ✚ le président de la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques ;
- ✚ le vice-président doyen directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical ;

- ✚ un vice-président chargé de la recherche nommé par le directeur sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche médicale et du vice-président doyen.

#### Membres nommés :

Le directeur général nomme des membres sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la Commission Médicale d'Établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur général peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

La durée du mandat des membres du Directoire nommés par le président du Directoire de l'établissement est de quatre ans.

Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Directoire.

Le directeur général organise les travaux du Directoire. Le Directoire se réunit au moins 8 fois par an sur un ordre du jour déterminé. La concertation a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par le président du Directoire.

Le Directoire établit son règlement intérieur dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

#### ✚ Attributions

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 (article L6143-7-4 du CSP). Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.

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

#### **Annexe : règlement intérieur du Directoire**

### 1.1.6 Président de la CME, vice-président du Directoire

La loi HPST consacre le président de la CME comme coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le directeur général.

Le président de la CME :

- ✚ est vice-président du Directoire chargé des affaires médicales ;
- ✚ coordonne la politique médicale de l'établissement : à cette fin, il assure notamment les missions suivantes :
  - 1°) Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales
  - 2°) Il veille à la coordination de la prise en charge du patient
  - 3°) Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
  - 4°) Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux
  - 5°) Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement
- ✚ élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel ;
- ✚ participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative ;
- ✚ propose au directeur général des listes de candidats en vue de la nomination dans les fonctions de chefs de pôle.

Le président de la Commission Médicale d'Etablissement est chargé, conjointement avec le Directeur Général, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Etablissement.

Il assure le suivi de cette politique et peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au directeur général par la Commission Médicale d'Etablissement en vertu de l'article L. 6144-1.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2. Il comprend notamment :

- 1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins ;
- 2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;

4° L'organisation des moyens médicaux ;

5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;

6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

#### Textes de référence

Articles L. 6143-1 à -7




R. 6143-1 à R. 6143-16 CSP

### 1.1.7 Conseil de Surveillance




#### Composition et fonctionnement

Le Conseil de Surveillance est composé **15 membres répartis en trois collèges** dont le nombre de membres doit être identique.



#### **Au titre des représentants des collectivités territoriales :**

-  le maire de la commune siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne;
-  deux représentants d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ou, à défaut, un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle du siège de l'établissement principal ;
-  le président du conseil général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne.



#### **Au titre des représentants du personnel :**

-  un membre de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par celle-ci ;
-  deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement ;
-  deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Technique d'Etablissement.

#### **Au titre des personnalités qualifiées :**

-  deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;
-  trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'État dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

#### **Membres avec voix consultative :**

-  Le vice-président du Directoire. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale
-  Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de

l'enseignement médical Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies.

Le Conseil de Surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1° et au 3°. Le mandat des membres est de 5 ans. Il prend fin en même temps que le mandat ou la fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le nombre des membres du Conseil de Surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du Conseil de Surveillance sont fixés par décret.








Seule la désignation des membres du Conseil de Surveillance, relevant du collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux incombe aux établissements.

La désignation des représentants des collectivités territoriales et de leurs regroupements (collège des élus) revient aux collectivités territoriales concernées. En ce qui concerne le collège des personnalités qualifiées, la compétence de désignation des membres du Conseil de Surveillance est partagée entre le Directeur Général de l'ARS et le Préfet.

### Incompatibilités

Plusieurs incompatibilités sont définies par la loi dont celle de membre du Conseil de Surveillance et de membre du Directoire.

Nul ne peut être membre du Conseil de Surveillance :

-  à plus d'un titre ;
-  s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L5 et L6 du code électoral ;
-  s'il est membre du Directoire ;
-  s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;
-  s'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;
-  s'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;
-  s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé.

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an sauf, si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.









Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques. Les membres du Conseil de Surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

#### Attributions




Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il communique au Directeur de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur Général du CHU et sur la gestion de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance se prononce par délibération ou par avis sur les matières définies par le Code de la Santé Publique. Il est également informé dans les domaines déterminés par le Code de la Santé Publique.

#### **Le Conseil de Surveillance délibère sur :**

-  le projet d'établissement ;
-  la convention constitutive du CHU 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 ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
-  le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur Général ;
-  toute convention entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
-  les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
-  Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7

#### **Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :**

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

#### **Annexe : règlement intérieur du Conseil de Surveillance**

## 1.2 Section II- Organes représentatifs

### Textes de référence

Art. L. 6144-1, L. 6144-2,  
R. 6144-1 à R. 6144-6,  
R. 6144-82, R. 6144-83,  
D. 6144-82 à D. 6144-85 CSP

### 1.2.1 Commission Médicale d'Établissement (CME)

#### Composition et fonctionnement

La composition de la Commission Médicale d'Établissement des Centres Hospitaliers Universitaires est fixée comme suit :

- 1° Le collège des chefs de pôles compte 10 sièges ;
- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- 3° Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- 4° Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;
- 5° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- 6° Des représentants élus des sages-femmes si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- 7° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie ;
- 8° Des représentants des étudiants hospitaliers comprenant un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine, un représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant pour les étudiants en maïeutique.

Les représentants mentionnés au 3° et au 4° sont en nombre égal.

Assistent, en outre, avec voix consultative :

- 1° Le président du Directoire ou son représentant ;
- 2° Les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical et, quand ils existent, le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie et le directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
- 3° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 4° Le praticien responsable de l'information médicale ;
- 5° Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- 6° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- 7° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

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



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.

Annexe : décision de composition de la CME

Le mandat des membres est de 4 ans. Il est renouvelable.

Les membres de la Commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Commission Médicale d'Etablissement définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes :

- ✚ La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour ;
- ✚ Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du Directoire, soit du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent ;
- ✚ Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts ;
- ✚ Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur ;
- ✚ Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux ;
- ✚ L'établissement concourt au bon fonctionnement de la Commission Médicale d'Etablissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Pour les CHU, la CME élit, en son sein, son président parmi les personnels enseignants et hospitaliers et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Etablissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président de la Commission Médicale d'Etablissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle. Toutefois le règlement intérieur de l'instance peut prévoir une exception à cette règle si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

## Attributions

### 1) Attributions générales

#### **La CME est consultée sur les matières suivantes :**

La Commission Médicale d'Établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

La Commission Médicale d'Établissement est également consultée sur les matières suivantes :

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

#### **La CME est informée sur les matières suivantes :**

- 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, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

## 2) Attributions dans le domaine de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- ✚ la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- ✚ les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- ✚ la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- ✚ la prise en charge de la douleur ;
- ✚ le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

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

En tenant compte du rapport annuel de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), la CME propose au Directeur Général un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

### Annexe : règlement intérieur de la CME

#### 1.2.2 Comité technique d'établissement (CTE)

##### ✚ Attributions

#### Textes de référence

Articles L. 6144-3 à L. 6144-6-1,  
R. 6144-40 à R. 6144-80,  
D. 6144-81 à D. 6144-85 CSP

Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur des matières sur lesquelles la Commission Médicale d'Etablissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- 7° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 8° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- 9° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- 10° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 11° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 12° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 ainsi que du budget prévu à l'article [L. 6145-1](#) et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

#### Composition

Le CTE est présidé par le Directeur Général ou son représentant et réunit des représentants du personnel. Dans les établissements de plus de cinq mille agents, le CTE compte, outre son président, quinze membres titulaires et autant de suppléants.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans, renouvelable.

Les représentants du personnel sont élus par collège au scrutin de liste. Le nombre des représentants à élire pour chaque collège est proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent.

#### Élection

La fixation de la date des élections et le remplacement d'un représentant du personnel en cours de mandat s'effectuent selon des modalités conformes aux dispositions réglementaires. La qualité d'électeur et les conditions d'éligibilité sont déterminées par le Code de la Santé Publique.

Les candidatures sont présentées par les organisations syndicales. Elles sont déposées auprès de la direction de l'établissement au moins quarante-deux jours avant la date fixée pour les élections.

Le Directeur Général dresse la liste électorale, affichée soixante jours au moins avant la date fixée pour le scrutin. La liste électorale ainsi close est transmise, sur leur demande, aux organisations syndicales. Les vérifications, réclamations et corrections de la liste s'effectuent selon les modalités prévues par le Code de la Santé Publique.

#### Fonctionnement

Le CTE se réunit au moins une fois par trimestre. Les réunions ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le CTE est réuni dans un délai de quinze jours. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites, les questions dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le président du CTE, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du CTE, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

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

Le CTE élit parmi les membres titulaires un secrétaire. Un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le président et le secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du CTE. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

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

Le CTE émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

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

Les avis ou vœux émis par le CTE sont portés par le président à la connaissance du Conseil de Surveillance. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du Directeur Général, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le CTE doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

Les séances du CTE ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CTE sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle sur les informations et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux. Le CTE établit son règlement intérieur, dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

#### Annexe : règlement intérieur du CTE

### 1.2.3 Dispositions communes à la CME et au CTE

La Commission Médicale d'Établissement et le Comité Technique d'Établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

### 1.2.4 Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

#### Textes de référence

Articles R. 4615-1 à R. 4615-21  
du Code du travail

Le CHSCT définit les orientations générales en vue de la protection sanitaire et de la sécurité des personnes travaillant dans l'établissement. Il examine et donne son avis sur le bilan social, les conditions de travail, la sécurité et la santé des personnels, l'hygiène des locaux. C'est une instance consultative qui a notamment pour rôle de procéder à des enquêtes en cas d'accident, de proposer des améliorations, d'assurer le respect des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que des consignes d'hygiène et de sécurité.

#### Composition

Le CHSCT est composé d'une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant :

##### 1) des représentants des personnels non médicaux à raison de :

- 3 représentants dans les sites de 199 agents au plus ;
- 4 représentants dans les sites de 200 à 499 agents ;
- 6 représentants dans les sites de 500 à 1 499 agents ;
- 9 représentants dans les sites de 1 500 agents et plus.

Ces représentants des personnels sont désignés par les organisations syndicales, les sièges étant attribués au prorata du nombre de voix recueilli par chacune de ces organisations.

##### 2) des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes à raison de :

- 1 représentant sur les sites comprenant au plus 2 500 agents ;
- 2 représentants sur les sites de plus de 2 500 agents.

Ces représentants sont désignés, en son sein, par la CME.

Participent également aux réunions avec voix consultative : les médecins du travail, le directeur des affaires logistiques, le directeur du service technique (ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations), le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, un professeur des universités praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT et peut y assister.

#### Attributions

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des membres du personnel, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Le CHSCT est principalement chargé de :

- veiller à l'observation des prescriptions législatives applicables en ces matières ;
- procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail ;
- procéder régulièrement à des inspections ;
- réaliser des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ;
- contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels et susciter toute initiative dans cette perspective. Il peut notamment proposer des actions de prévention des harcèlements moral et sexuel. En ces matières, le refus du Directeur Général doit être motivé.

Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au CHSCT sont informés de sa présence et peuvent présenter leurs observations.

Le CHSCT doit être consulté :

- avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ;
- sur le projet d'introduction de nouvelles technologies mentionné à l'article L. 2323-13 du Code du travail, sur les conséquences de ce projet sur la santé et la sécurité des travailleurs ;
- sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L. 2323-14 ;
- sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés ;
- sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur de l'établissement ;
- sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le Directeur Général, le CTE ou les représentants du personnel.

#### Modalités de fonctionnement

Le CHSCT est présidé par le Directeur Général ou son représentant. Un secrétaire est élu par les représentants du personnel.

Le CHSCT se réunit au moins quatre fois par an et après chaque accident ou maladie professionnelle grave ayant entraîné une incapacité permanente ou le décès de la victime ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

Ces réunions ont lieu à l'initiative du président du CHSCT. L'ordre du jour est établi par le président et le secrétaire. Il est transmis par le président aux membres CHSCT et à l'inspecteur du travail, accompagné si nécessaire des documents utiles. Cette transmission est faite, sauf urgence, quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion.

Les décisions et résolutions du CHSCT sont adoptées à la majorité des membres présents.

Le CHSCT peut faire appel à titre consultatif au concours de toute personne qui lui paraîtrait qualifiée.

## Annexe : règlement intérieur du CHSCT

### 1.2.5 Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

#### Composition

#### Textes de référence

Articles R. 6146-10 et s. CSP

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle ne peut comprendre plus de 40 membres.

Les représentants élus constituent trois collèges :

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

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

Participent avec voix consultative aux séances de la CSIRMT :

- le ou les directeurs des soins ;
- les directeurs des soins coordonnateurs chargés des instituts de formation du CHU ;
- un représentant des étudiants infirmiers de troisième année ;
- un élève aide-soignant ;
- un représentant de la CME.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la CSIRMT à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

La qualité d'électeur, les conditions d'éligibilité et les modalités du scrutin pour la désignation des représentants à la CSIRMT sont déterminées par le Code de la Santé Publique.

La durée du mandat des membres élus de la CSIRMT est de quatre ans renouvelable.

#### Attributions

La CSIRMT est consultée pour avis sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;



- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du Code de la Santé Publique (participation des professionnels libéraux aux activités de soins) ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

### **Fonctionnement**

La CSIRMT est présidée par le directeur des soins Coordonnateur Général des Soins, membre de droit du directoire.

La CSIRMT se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un bureau et d'un règlement intérieur.

La CSIRMT est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du Directoire, de la moitié au moins des membres de la CSIRMT ou du directeur de l'ARS. L'ordre du jour est fixé par le président de la CSIRMT.

La CSIRMT délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque séance de la CSIRMT fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du Directoire et aux membres de la CSIRMT dans un délai de quinze jours.

Le président de la CSIRMT rend compte, chaque année, de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au Directoire.

## **1.3 Section III- Organisation interne**

### **1.3.1 Principe de libre organisation interne du CHU**

**Textes de référence**  
Article L. 6146-1 CSP

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables.

## ► Pôles d'activité clinique et médico-technique – Pôles hospitalo-universitaires

### Annexe : cartographie des pôles au CHU de Saint-Etienne

#### Textes de référence

Articles D. 6146-1,  
R. 6146-2, R. 6146-3  
R. 6146-9-1 du CSP

Conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et du doyen de la faculté de médecine, le Directeur Général définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité. Ces pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

#### [Nomination des chefs de pôle](#)

Le Directeur Général nomme les chefs de pôle sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME, conjointement avec le doyen de la faculté de médecine ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur Général dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, il nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du Directeur Général sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, il peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Les chefs de pôle sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable sauf lorsque le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il a été nommé.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du Directeur après avis du président de la CME, du doyen de la faculté de médecine et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

#### [Mission des chefs de pôle](#)

Le praticien chef d'un pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions des structures, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il est assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif de pôle. Il peut également se faire assister par un ou des collaborateur(s) dont il propose la nomination au Directeur Général. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

#### [Mission du Directeur référent de pôle](#)

Désigné par le directeur général, il le représente dans le pôle. Il assure une mission d'appui auprès du médecin coordonnateur du pôle en matière de stratégie et gestion de projet ainsi que d'accompagnement et d'expertise.

#### [Missions des cadres supérieurs de santé de pôle](#)

Collaborateur du chef de pôle, le cadre de santé de pôle contribue à la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins. Il a la responsabilité de la coordination et de l'organisation des activités de soin des services du pôle.

Le cadre de santé de pôle est rattaché fonctionnellement au responsable médical de pôle même si le rattachement hiérarchique demeure avec la direction des soins

Leur rôle est de coordonner les soins ou les activités de soins au niveau des pôles :

- organisation des activités ou des prestations de soins dans les pôles,
- encadrement et animation de l'équipe des cadres de santé,
- garantir la bonne gestion des effectifs paramédicaux du pôle
- optimisation du séjour et des parcours patients ou des activités, dans le respect des contraintes de sécurité, de qualité,
- optimisation de l'utilisation des moyens et équipements (ex. mutualisation du plateau technique),
- traduction de projet d'établissement et de pôles au niveau des équipes et définition des plans d'action et évaluation.

#### [Missions de cadres administratifs de pôle](#)

Collaborateur du Chef de pôle, le cadre administratif de pôle contribue à la mise en œuvre du contrat de pôle et des projets du pôle dans une démarche prospective, stratégique et dans le respect des orientations institutionnelles inscrites dans le projet d'établissement.

Responsable de la gestion médico-économique du pôle, il est chargé d'organiser, de coordonner et d'évaluer les moyens dévolus au pôle, en lien avec le cadre supérieur de santé de pôle et le Directeur référent.

Dans ce cadre, il assure notamment les missions suivantes :

- Assister le Chef de pôle dans la gestion administrative et le pilotage médico-économique du pôle
- Suivre et contrôler les objectifs, le budget et les résultats du pôle au travers d'indicateurs (reporting mensuel,...)
- Participer à l'organisation opérationnelle du pôle, en fonction des fondamentaux et des objectifs arrêtés par l'établissement
- Assurer la gestion des projets de développement et d'amélioration de la performance et de la qualité du pôle sous l'autorité du Chef de pôle et du Directeur référent, en lien avec la Direction du Contrôle de Gestion et la Direction Projet
- Evaluer la pertinence médico-économique de nouvelles activités
- Encadrer le personnel administratif du pôle (secrétaires du pôle).

#### [Conditions d'exercice des fonctions de chef de pôle](#)

#### **Textes de référence**

Articles R. 6146-6 et R. 6146-7

Dans les deux mois suivant leur nomination, le Directeur Général propose aux praticiens nommés en tant que chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget.

### [Contrat et projet de pôle](#)

#### ► [Contrat de pôle](#)

#### **Textes de référence**

Article R6146-8 CSP

Le Directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle, après avis du président de la CME qui en vérifie la cohérence avec le projet médical, ainsi que du doyen de la faculté de médecine.

Le contrat de pôle, conclu pour quatre ans, définit les objectifs assignés au pôle, les moyens qui lui sont attribués, et les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. À ce titre, elle constitue une véritable feuille de route pour le chef de pôle.

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de gestion accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants, sous réserve du respect de l'enveloppe des crédits délégués :

- dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- dépenses à caractère hôtelier ;
- dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- dépenses de formation de personnel.

Il précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- gestion du tableau prévisionnel des effectifs et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- proposition au Directeur Général de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- affectation des personnels au sein du pôle ;
- organisation de la continuité des soins ;
- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

#### ► [Projet de pôle](#)

#### **Textes de référence**

Article R6146-9 CSP

Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre

les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

### **1.3.2 Structures internes des pôles d'activités cliniques et médicotechniques : services et unités fonctionnelles**

La structure interne des pôles d'activités cliniques et médicotechniques est le lieu privilégié de prise en charge des patients par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques.

La structure interne, aussi dénommée « service ou unité fonctionnelle » peut comporter, au sein d'un même service, une ou plusieurs « unité(s) fonctionnelle(s) » répondant à une logique médicale ou géographique.

Les structures sont fédérées par le chef de pôle et ses collaborateurs ainsi que par le projet de pôle qui définit les missions et les responsabilités confiées aux structures internes.

#### Nomination et missions des chefs de service

Les chefs de service ou responsables de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés sur la base d'un projet de service par le Directeur Général 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 chef de service par décision du Directeur Général, à son initiative, après avis du président de la CME et du chef de pôle. Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. Dans ce cas, le Directeur Général dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Les chefs de service sont chargés, en lien avec les cadres de santé, de l'organisation de la prise en charge des patients au sein du service. Ils veillent à la diffusion et au retour d'informations auprès des équipes.

Ils sont reçus annuellement par le chef du pôle d'appartenance sur la base du rapport annuel d'activité du service qu'ils sont chargés d'établir.

### **1.3.3 Coordination générale des soins infirmiers**

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

### **1.3.4 Pôles administratifs - organigramme de direction**

La direction du CHU de Saint-Etienne est organisée depuis septembre 2012 en pôles de direction. Le principe général de cette organisation consiste à coordonner les différents secteurs gestionnaires, administratifs, ou techniques, au sein de quatre Pôles de direction ainsi créés :

- Un pôle « médical-recherche-qualité-territoire-usagers »

- Un pôle « Ressources Humaines-Soins et Compétences»
- Un pôle « pilotage, analyse de gestion et système d'information»
- Un pôle « support logistique, technique et général »

L'objectif majeur consiste à simplifier et rendre plus lisible le fonctionnement de la direction du CHU, afin d'améliorer la coordination entre ses composantes et, surtout, de faciliter les relations entre services cliniques et médico-techniques et services gestionnaires.

Annexe : organigramme de direction

**1.3.5 Collèges spécialisés relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

Dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, l'établissement est doté de collèges spécialisés, notamment :

- La Commission Qualité Risque Sécurité (CQRIS), sous-commission de la CME
- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- Le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) ;
- La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) ;
- La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- Le Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- Le Comité de sécurité du médicament (CSMED) ;
- Le Comité confidentialité et information du patient;
- Le Comité d'éthique ;
- La Commission de l'Activité Libérale (CAL) ;
- Sous commissions de la CME : COPS, Commission DPC (et ses 2 volets : EPP / FMC), Commission de l'Internat, CEMH, CEB.

Le règlement intérieur de ces commissions et comités spécialisés, comprenant notamment leur composition nominative et leur fonctionnement, est disponible sur le site Intranet du CHU et mis à jour autant que de besoin.

## 2 CHAPITRE II : Organisation médicale

### 2.1 Section I- Dispositions spécifiques au personnel médical et pharmaceutique

#### 2.1.1 Personnel médical

Les personnels hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers, les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés, les praticiens contractuels, les praticiens recrutés en application du 3<sup>e</sup> de l'article L. 6152-1 du Code de la Santé Publique, les internes et les étudiants en médecine et en pharmacie sont régis par les règles déontologiques de leurs professions, les dispositions législatives et réglementaires propres à leurs statuts, et, le cas échéant, par les contrats de travail les liant au CHU. Ces derniers peuvent comporter des objectifs fixés en concertation avec les chefs de pôle et le président de la CME et conditionner leur renouvellement à l'atteinte desdits objectifs.

Une charte de gestion du temps de travail médical, validée par la CME et détaillant les droits et obligations des praticiens, est diffusée à l'ensemble du personnel médical et remise à tout nouveau recruté.

Les seniors participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour. Le repos de sécurité consécutif à chaque service de garde est obligatoire, dans les conditions fixées par la réglementation.

#### 2.1.2 Internes

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur apprentissage. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du responsable d'unité fonctionnelle, de secteur d'activité ou de pôle et du médecin référent du patient.

Au sein des pôles cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des patients, chaque jour, aux heures arrêtées par le responsable de pôle, de secteur d'activité ou d'unité fonctionnelle. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du pôle. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère médical que dans les conditions fixées par la loi. Au sein des pôles médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic. Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour. Le repos de sécurité consécutif à chaque service de garde est obligatoire, dans les conditions fixées par la réglementation. La CME est chargée de veiller au respect de cette disposition.

### **2.1.3 Participation des étudiants à l'activité hospitalière**

Les étudiants participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des médecins référents de stage désignés par le responsable pédagogique du lieu de stage ou, le cas échéant, sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

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

## **2.2 Section II- Dispositions relatives à l'organisation des soins**

### **2.2.1 Coordination des soins dispensés aux malades**

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

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, de leur responsabilité et, d'une manière générale, de leur devoir d'assistance envers les patients et les familles.

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

### **2.2.2 Compétence spécifique des sages-femmes**

Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique.

### **2.2.3 Continuité du service**

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical de l'hôpital ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, dans le respect des dispositions statutaires, assurent les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables, participent à la permanence des soins et assurent les remplacements imposés par les congés.

Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des patients et blessés en urgence (Plan blanc).



#### 2.2.4 Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation, selon des modalités arrêtées par les responsables des structures concernées.

#### 2.2.5 Permanence des soins et permanence pharmaceutique

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant les nuits, les week-ends et les jours fériés, la sécurité des personnes hospitalisées ou admises en urgence.

Dans le cadre des dispositions réglementaires sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le Directeur Général arrête les tableaux nominatifs de participation au service de garde.

#### 2.2.6 Principes d'organisation de l'activité libérale

##### Textes de référence

Articles L. 6154-1 à L. 6154-7  
R. 6154-10 à R. 6154-24

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la Santé Publique. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

#### 2.2.7 Modalités d'organisation de l'activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est le principe général au sein de l'hôpital public.

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

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

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès l'entrée du patient, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas été décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il a été pris en charge préalablement dans le cadre de l'activité libérale. Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du Directeur Général, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit en sus verser des honoraires au médecin. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin. Le praticien exerçant une activité libérale a le droit de percevoir ses honoraires, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale. Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

Une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne.

### **3 CHAPITRE III : Dispositions relatives à l'admission, au séjour et à la sortie des personnes hospitalisées**

#### **3.1 Section I- Dispositions générales**

##### **Textes de référence**

Circulaire n°2005/57 du 2 février 2005

##### **3.1.1 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, exercé par le patient lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital : le libre choix s'opère au sein de la spécialité médicale dont relève la personne, dans les limites imposées par l'urgence et par les disponibilités en lits.

Il convient en outre de rappeler que le patient est pris en charge par une équipe soignante et non par un unique praticien. La circulaire n°2005/57 du 2 février 2005 énonce à cet égard que le libre choix du praticien par le malade ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité du service. Les patients ne peuvent, à raison de convictions fondées sur l'origine ethnique, l'appartenance religieuse ou le sexe du professionnel de santé, exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement.

##### **3.1.2 Accueil du patient**

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

Le personnel de l'hôpital donne aux usagers, patients et accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

### **3.1.3 Accès aux soins des personnes démunies**

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

### **3.1.4 Consultation externe**

Le CHU dispose de services de consultations et de soins pour patients externes. Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en particulier en ce qui concerne l'accueil et les conditions d'attente des consultants.

### **3.1.5 Plan blanc et afflux de victimes**

Le CHU est doté d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc », évalué et révisé annuellement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Le plan blanc est déclenché par le Directeur Général, qui en informe sans délai le Préfet de département, ou à la demande de ce dernier.

## **3.2 Section II- Admission**

### **3.2.1 Admission en hospitalisation**

#### **3.2.1.1 Modes d'admission**

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

L'admission est décidée sur présentation d'un certificat médical attestant de la nécessité de l'hospitalisation. Celui-ci est accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

- *Admission programmée*

En cas d'admission programmée, une convocation est remise ou adressée au patient. Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au Bureau des Entrées où il sera informé sur les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

- *Admission directe*

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

- *Transfert suite à une admission*

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient ou d'un blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement

ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le Directeur Général doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

Sauf urgence, la personne doit être informée préalablement de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement. L'admission dans ce nouvel établissement est décidée par son Directeur.

- *Admission sous contrainte en soins psychiatriques*

Les procédures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, ou à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sont strictement encadrées par les dispositions du Code de la Santé Publique. Les formalités légales, garantes des droits des personnes admises sous contraintes, doivent être rigoureusement respectées.

### **3.2.1.2 Compétence du Directeur Général**

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le Directeur Général, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

### **3.2.1.3 Formalités d'admission**

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de sa prise en charge. À cet effet, le patient ou son représentant légal doit présenter au Bureau des Entrées les justificatifs nécessaires.

Il peut être procédé aux formalités administratives le jour même de l'admission ou en pré-admission.

### **3.2.1.4 Admission sous le régime de l'anonymat**

L'admission sous le régime de l'anonymat est possible dans deux hypothèses expressément prévues par les lois et règlements : la femme enceinte désirant accoucher dans le secret et la personne toxicomane se présentant spontanément pour suivre un traitement de désintoxication.

Le régime de l'anonymat n'empêche pas les intéressés de solliciter des médecins un certificat nominatif mentionnant dates, durée et objet de leur séjour ou de leur traitement.

Des modalités d'admission sont également prévues pour des patients souhaitant conserver l'anonymat le temps de leur soin. Ainsi, le patient est enregistré sous un pseudonyme, les informations sur sa réelle identité sont conservées dans une enveloppe cachetée, placée dans le coffre du bureau des entrées. A la sortie, la véritable identité du patient est rétablie dans le logiciel de gestion administrative.

### **3.2.1.5 Livret d'accueil**

Il est remis à toute personne admise en hospitalisation un livret d'accueil qui contient les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital, ainsi que les droits et devoirs des patients. Les principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée y sont expressément mentionnés.

### 3.2.1.6 Dépôt des biens et valeurs

La personne admise à l'hôpital est invitée à ne conserver que les choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour. La personne est informée de la possibilité de déposer ses valeurs auprès de la régie de l'établissement et de ses biens auprès de l'intendance. En ces cas, un inventaire contradictoire est dressé. Un exemplaire du reçu est remis à la personne hospitalisée, un second est versé à son dossier administratif. La personne est informée des règles régissant la responsabilité de l'établissement et du sort réservé aux objets non réclamés.

La responsabilité de plein droit de l'établissement n'est engagée qu'à l'égard des biens qui ont fait l'objet d'un dépôt régulier et effectif. Pour les biens conservés par le patient, la responsabilité de l'établissement n'est engagée qu'en cas de faute d'un agent ou de défaut dans l'organisation du service. Toutefois, l'hôpital n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les objets non réclamés sont remis, un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations ou à l'administration chargée des domaines aux fins d'être mis en vente. Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par l'établissement pendant cinq ans avant d'être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la cession par l'administration chargée des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

### 3.2.1.7 Information des familles

Les médecins et les soignants reçoivent soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

Les indications d'ordre médical (diagnostic, évolution de la maladie) ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels qualifiés aux membres de la famille, sauf avis contraire du patient.

Les personnes majeures hospitalisées peuvent demander qu'aucune information ne soit communiquée sur leur présence au CHU ou sur leur état de santé.

## 3.2.2 Accueil en urgence

### 3.2.2.1 Admission en urgence

Le Directeur Général prend toutes mesures, si l'état d'un malade ou d'un blessé le nécessite, pour que les soins urgents soient assurés au sein du CHU sous la responsabilité directe d'un médecin. Le Directeur prononce l'admission, même en l'absence de tout renseignement sur l'identité de la personne ou sur les conditions dans lesquelles les frais seront remboursés à l'établissement. Le cas échéant, les informations nécessaires à la constitution du dossier de la personne admise en urgence doivent être recueillies le plus rapidement possible.

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est établi et contresigné par deux agents du service.

Lorsqu'un malade ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'établissement, il peut être selon le cas soit reconduit à la sortie de l'hôpital soit adressé à un organisme à caractère social.

### **3.2.2.2 Dépôt des biens et valeurs lors de l'admission en urgence**

Les formalités de dépôt doivent être accomplies par un agent de l'établissement. Un inventaire de tous les biens et valeurs est dressé en présence d'une personne ayant accompagné le patient ou, à défaut, d'un second agent de l'hôpital. Les biens et l'inventaire sont remis au dépositaire qui procède à l'inscription sur le registre prévu à cet effet. Un exemplaire de l'inventaire est conservé dans le dossier administratif du patient.

La responsabilité de l'établissement s'étend à tous objets détenus lors de l'admission, à l'exception des détériorations nécessaires pour l'exécution d'un acte de soins.

Dès que l'état du patient le permet, lui est remis l'inventaire initial des objets déposés. La personne est informée des règles régissant la responsabilité de l'établissement et du sort réservé aux objets non réclamés. Le patient est invité à retirer les objets dont la détention n'est pas justifiée durant son séjour et un nouvel inventaire contradictoire est dressé pour les objets maintenus en dépôt.

### **3.2.2.3 Information des familles des personnes hospitalisées en urgence**

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des personnes hospitalisées en urgence soit prévenue par l'hôpital. En cas de transfert ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose.

Cette obligation d'information doit toutefois tenir compte de la faculté laissée à la personne de demander la confidentialité sur son hospitalisation ou son état de santé.

## **3.2.3 Cas spécifiques**

### **3.2.3.1 Cas particulier : admission des mineurs**

Sauf dispositions légales spécifiques, l'admission des mineurs est prononcée à la demande du ou des représentant(s) de l'autorité parentale, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

Pour les mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié par son père, mère ou tuteur. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par l'ASE. Le Directeur Général du CHU adresse à l'ASE, sous pli cacheté et dans les 48h de l'admission, un certificat médical indiquant le diagnostic et la durée de l'hospitalisation.

La volonté du seul mineur est suffisante :

- si le mineur est émancipé ;
- si le mineur, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à ce titre de la CMU ;
- si le mineur s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale en souhaitant garder le secret sur son état de santé (art. L. 1111-5 CSP). Dans ce cas, le médecin doit au préalable tenter de persuader le mineur de consulter ses représentants légaux. S'il persiste dans son refus, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

#### Admission des mineurs en urgence

Les mineurs présentés en urgence reçoivent les soins nécessaires. Toutes les mesures utiles sont prises pour que les représentants légaux soient prévenus.

### 3.2.3.2 Cas particulier : femmes enceintes

#### Admission en maternité

S'il existe des lits vacants dans le service de maternité, le Directeur Général du CHU ne peut refuser la demande d'admission d'une femme enceinte dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement, ou d'une femme accouchée et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

#### Secret de la grossesse ou de la naissance - Accès aux origines personnelles

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, une femme enceinte demande à bénéficier de l'admission sous le régime de l'anonymat, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le Directeur Général doit alors informer le Directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

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

#### Interruption volontaire de grossesse

#### Textes de référence

Article L. 2223-2 du Code de la santé publique

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein du CHU, agréé à cet effet, dans le respect des dispositions légales et réglementaires.

Le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse prévoit des sanctions pénales à l'encontre de quiconque empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés, soit en perturbant l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes à l'intérieur ou les conditions de travail des personnels, soit en exerçant des pressions, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels, des patientes ou de l'entourage de ces dernières.

### 3.2.3.3 Cas particulier : détenus

#### Admission des personnes détenues

Les détenus doivent être admis dans un hôpital lorsque leur état de santé nécessite des soins qui ne peuvent être réalisés au sein d'un établissement pénitentiaire.

Hors urgence, l'admission d'un détenu est autorisée par le Directeur interrégional des services pénitentiaires (ou du Ministre de la Justice) à la diligence du Préfet, après avis d'un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire. En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'accord des autorités compétentes, auxquelles il est rendu compte immédiatement.

### **Surveillance des détenus au sein du CHU**

Les mesures de surveillance et de garde incombent aux services de police ou de gendarmerie sous la responsabilité de l'autorité judiciaire ou militaire.

### **Soins dispensés en milieu pénitentiaire**

L'Unité Sanitaire de Niveau 1 (USN 1) du CHU assure les examens de diagnostic et les soins dispensés en milieu pénitentiaire à la Maison d'Arrêt de la Talaudière.

#### **3.2.3.4 Autres cas particuliers**

##### **Admissions des militaires**

Si le Directeur Général est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

##### **Patients bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre**

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'hôpital pendant la durée de leur hospitalisation.

##### **Patients amenés par la police ou la gendarmerie**

Lorsqu'un patient est amené par les autorités, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré.

Lorsque l'état de la personne nécessite une hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de l'intéressé ou des forces de l'ordre.

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu de réaliser les examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale.

##### **Patients toxicomanes**

Les patients toxicomanes peuvent soit se présenter spontanément pour suivre une cure de désintoxication, soit y être astreints sur injonction des autorités sanitaires ou judiciaires. Dans ce second cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités prévues par le Code de la Santé Publique.

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

##### **Patient devant confier provisoirement ses enfants au service de l'ASE**

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le Directeur Général doit prendre les dispositions nécessaires pour faire examiner les enfants par un médecin, préparer un dossier d'admission pour le service de l'ASE et faire accompagner les enfants au centre départemental.



### **Admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation**

L'admission au sein d'une unité de soins de suite et de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation. La mission du soin de suite est d'assurer la continuité des soins médicaux et d'organiser le mode de sortie approprié à la situation du patient.

Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après accord du praticien responsable de la structure médicale concernée. Il existe deux modes d'admission :

- l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de Sécurité sociale dont dépend le patient ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé au CHU qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité. Dans ce cas, le service de contrôle médical de la caisse de sécurité sociale dont relève le patient doit être averti dans un délai de 48 heures.

Les unités de soins de suite et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les patients que temporairement. Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, si nécessaire, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Lorsque le médecin refuse la prolongation de séjour d'un patient, la sortie de l'intéressé est prononcée. Deux éventualités sont possibles : ou bien l'état du patient lui permet de retourner à son domicile, dans son milieu familial ou dans une institution d'hébergement, si besoin avec le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ; ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée doit être organisé.

Il appartient au service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

### **Admission des personnes âgées au sein d'une unité de soins longue durée**

La prise en charge de personnes âgées au CHU de Saint-Etienne pour des soins ou un hébergement de longue durée est définie dans le cadre d'un règlement intérieur particulier annexé au contrat de séjour remis au patient ou à sa famille et annexé au présent règlement intérieur.

La personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjournera. Le directeur délégué au pôle s'assure donc, dans la mesure du possible, que la famille et les divers intervenants respectent le désir réel du patient ou résidant.

L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Nul ne peut être admis au sein d'une unité de soins de longue durée sans une information et un dialogue préalables, effectués en liaison avec les institutions et le service social de l'établissement d'accueil de la personne.

L'admission peut être prononcée selon deux modalités :

- l'admission directe ;
- l'admission à la suite d'un transfert, consécutive à une hospitalisation dans un service de soins aigus ou un service de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article 70 du présent règlement. Lors de l'admission, un contrat de séjour est cosigné. Un original est remis au patient ou résidant ainsi qu'à son référent.

#### Textes de référence

Articles L3211-1 et suivants du code de la santé publique

#### Admission de personnes atteintes de troubles mentaux

L'admission de personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont :

- l'hospitalisation libre (cas d'une personne hospitalisée avec son consentement) ;
- l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (cas d'une personne hospitalisée par la volonté de la famille ou de l'entourage ou en cas de risque d'atteinte à sa propre vie) ;
- l'hospitalisation sur demande du représentant de l'Etat dans le département ou de l'autorité judiciaire (cas d'une personne dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public et la sécurité des personnes).

L'hospitalisation libre des personnes atteintes de troubles mentaux est la règle et l'hospitalisation sans consentement l'exception. Dès son admission et, par la suite, à sa demande, le patient est informé de sa situation juridique et de ses droits.

Les patients en hospitalisation libre disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment le droit d'aller et venir librement à l'intérieur du pôle et au sein de l'hôpital. Dans le cas où le fonctionnement du pôle justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteintes à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

Les patients en hospitalisation sous contrainte ne peuvent être accueillis que dans des hôpitaux ou services hospitaliers spécialement habilités à cet effet.

Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

### **3.3 Section III- Prise en charge et qualité des soins**

#### **3.3.1 Information**

##### **3.3.1.1 Information du patient**

Toute personne admise en hospitalisation ou venant en consultation doit être informée du nom des praticiens et des personnes appelées à lui prodiguer des soins.

Toute personne a le droit de recevoir une information appropriée, accessible et loyale sur son état de santé. Sa volonté d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les patients sont associés aux choix thérapeutiques les concernant. Ils sont notamment informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner, ainsi que des conséquences prévisibles en cas de refus de soins.

### **3.3.1.2 Constitution, conservation et communication du dossier médical**

Un dossier médical est constitué pour chaque personne hospitalisée, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique. Les dossiers sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Les patients ont un droit d'accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par le CHU et les professionnels qui y exercent. Sont concernées les informations formalisées ou qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment : les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention ou d'hospitalisation, les protocoles thérapeutiques mis en œuvre, les correspondances entre professionnels de santé. Ne sont pas communicables, les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent, dans des conditions définies par voie réglementaire : au plus tard dans les huit jours suivant leur demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication des informations. À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission sous contrainte en soins psychiatriques, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 111-5 du Code de la Santé Publique, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès, l'accès des ayants droit au dossier médical du défunt s'effectue dans les conditions prévues par la loi : le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations soient délivrées, dans la mesure où elles sont nécessaires pour permettre aux ayants droit de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable ou par tout membre du corps médical désigné à cet effet. La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, les frais, laissés à sa charge, ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

### **3.3.1.3 Clichés d'imagerie médicale**

Il est délivré aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical, dans le respect de l'article précédent.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis 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 soit au patient, soit au médecin traitant lorsque le patient en a formulé la demande.

#### **3.3.1.4 Relations avec le médecin traitant**

L'hôpital informe le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné, qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du patient. Le médecin traitant peut, après accord du responsable de la structure médicale concernée et du patient ou de ses représentants légaux, assister aux interventions chirurgicales que le patient subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

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

Les renseignements donnés par les patients, en consultation, en hospitalisation ou dans le cadre de la recherche clinique, font l'objet d'un traitement qui répond aux exigences de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Afin de protéger la confidentialité des informations recueillies, le système informatique du CHU est sécurisé et les traitements automatisés d'informations nominatives ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'ensemble des informations est soumis au secret professionnel et au respect de la confidentialité. Elles ne peuvent être communiquées qu'aux professionnels habilités et aux personnes autorisées en vertu de la loi.

Toute personne dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations la concernant.

Toute personne peut s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des informations nominatives la concernant fassent l'objet d'un traitement.

Le CHU est doté d'une Charte de bon usage des ressources informatiques et réseaux Internet/Intranet.

### **3.3.2 Consentement de la personne hospitalisée**

#### **3.3.2.1 Principe du consentement aux soins**

Le patient prend, avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sur une personne majeure sans son consentement libre et éclairé. Ce consentement est révocable à tout moment.

Les recherches biomédicales, les prélèvements d'organes à fins thérapeutiques ou scientifiques, les prélèvements de tissus, cellules et collectes de produits du corps humain font l'objet de législations spécifiques et ne peuvent être pratiqués que dans les cas et conditions expressément prévus par le Code de la Santé Publique.

#### **3.3.2.2 Personne de confiance**

Les patients majeurs peuvent par écrit désigner une personne de confiance.

La personne de confiance, à la demande du patient, l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et doit recevoir l'information nécessaire à cette fin.

### **3.3.2.3 Patient hors d'état d'exprimer sa volonté**

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence, sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, l'un de ses proches ait été consulté. Par ailleurs, le médecin doit tenir compte des directives anticipées rédigées par le patient pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant.

### **3.3.2.4 Refus des soins**

Une personne majeure a toujours la possibilité de refuser les soins ou d'interrompre les traitements qui lui sont proposés après avoir reçu une information complète sur les conséquences médicales de ce refus ou de cette interruption. Si le refus du patient met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins ou les traitements indispensables.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins ou traitements proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si la personne refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

### **3.3.2.5 Interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle**

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information et de consentement sont exercés par le tuteur. Les intéressés ont le droit de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté.

Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

### **3.3.2.6 Protection des majeurs**

Lorsque les facultés mentales ou corporelles d'une personne majeure sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge au point de compromettre ses intérêts, il peut être nécessaire de prendre à son égard une mesure de protection. Le mandataire judiciaire peut être une personne de l'hôpital mandatée par le juge des tutelles. Ce mandataire a pour notamment pour rôle de percevoir les revenus et des régler les charges du majeur protégé, et le cas échéant d'acquitter les obligations alimentaires auxquelles ce dernier serait tenu.

### **3.3.2.7 Interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs**

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Les actes usuels peuvent être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale. En cas d'intervention chirurgicale, sauf urgence, une autorisation écrite et signée est obligatoire. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

En cas de refus ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence. Toutefois, dans le cas où le refus des titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement du seul mineur est suffisant :

- si le mineur est émancipé ;
- si le mineur, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à ce titre de la CMU ;
- si le mineur s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale en souhaitant garder le secret sur son état de santé (article L. 1111-5 du Code de la Santé Publique). Dans ce cas, le médecin doit au préalable tenter de persuader le mineur de consulter ses représentants légaux. S'il persiste dans son refus, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

### **3.3.2.8 Garde et protection des mineurs**

Le CHU, lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi à son égard d'un devoir de garde et de surveillance.

## **3.3.3 Qualité des soins**

### **3.3.3.1 Droit des patients à des soins de qualité**

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

### **3.3.3.2 Prise en charge de la douleur**

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

Le CHU est doté d'un comité de lutte contre la douleur (Clud), ayant pour missions de coordonner les actions dans le domaine de prise en charge de la douleur et de promouvoir les bonnes pratiques en la matière.

### **3.3.3.3 Soins palliatifs**

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

### **3.3.3.4 Sécurité transfusionnelle**

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

Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés au regard de leur pathologie, en s'assurant de la traçabilité des produits effectivement administrés. Au cas où est diagnostiqué chez un patient un événement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le référent d'hémovigilance de l'hôpital, alerté sans délai par le professionnel qui constate l'incident, en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

Le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit et un dossier transfusionnel est versé à son dossier médical. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, au tuteur.

### **3.3.3.5 Dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins**

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

### **3.3.3.6 Réclamations et Commission des relations avec les usagers**

Toute personne accueillie au sein de l'hôpital, ses représentants légaux ou en cas de décès, ses ayants droit, peut faire part de ses observations ou de ses réclamations au Directeur en charge des relations avec les usagers. Une réponse motivée est adressée au requérant.

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 des patients et de leurs proches. Les observations exprimées par les usagers sont examinées selon des modalités réglementairement définies. La Commission est également chargée de faciliter le règlement amiable des litiges et difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

## **3.4 Section IV- Conditions de séjour**

### **3.4.1 Conditions générales**

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

Les usagers doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Les personnes hospitalisées et leurs visiteurs veillent à ne pas gêner, par leurs comportements ou propos, les autres patients ou le fonctionnement du service. Ces comportements incluent ceux visant la dissimulation du visage dans l'espace public tel que définie par la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 et dont la circulaire du 2 mars 2011 relative à sa mise en œuvre invite à l'inscription dans le présent Règlement Intérieur.

Les patients peuvent se déplacer librement au sein de l'hôpital dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Ils veillent à être vêtus de façon décente au cours de ces déplacements.

Les patients veillent aux biens et valeurs qu'ils ont choisi de conserver par-devers eux. En cas de vol, perte ou dégradation des biens et valeurs qui n'ont pas fait l'objet d'un dépôt effectif selon les procédures définies aux articles 40 et 43 du présent règlement, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée qu'en cas de faute d'un agent ou de défaut dans l'organisation du service.

Lorsqu'un patient, après en avoir été dûment averti, cause des désordres persistants dans l'établissement, le Directeur Général prend avec l'accord du médecin responsable les mesures appropriées, le cas échéant jusqu'à l'exclusion.

### **3.4.2 Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des visites médicales, des traitements, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier. L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être préalablement informés de la nécessité de respecter les droits des patients. Les personnels et les visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

### **3.4.3 Pratiques religieuses – exercice des cultes**

Les personnes hospitalisées doivent pouvoir, dans la mesure du possible et compte tenu des organisations de service, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients.

L'établissement ouvre à cet effet des locaux, dans les différents sites, pouvant servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux patients quelle que soit leur confession. Les coordonnées des ministres des différents cultes sont précisées dans le livret d'accueil.

### **3.4.4 Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation**

Selon la longueur de leur séjour et en fonction de leur état de santé, les personnes hospitalisées peuvent bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures à laquelle sont ajoutés les délais de route. Ces sorties sont délivrées par le Directeur Général du CHU, après accord du médecin.

Lorsqu'un patient autorisé à quitter le CHU dans le cadre d'une sortie temporaire ne rentre pas dans le délai imparti, il est considéré comme sortant et ne peut être à nouveau admis que dans la limite des places disponibles.

### **3.4.5 Recommandations aux visiteurs**

Dans l'ensemble de l'établissement, les visiteurs prennent garde à ne pas troubler le repos des patients et à ne pas gêner le fonctionnement des services. En règle générale, il est recommandé aux visiteurs :

- de respecter les horaires de visites : de 14 heures à 20 heures ;
- de respecter les règles de restriction de visites en fonction de :
  - o des dispositions spécifiques au service
  - o L'état de santé du patient
  - o L'état de santé des visiteurs
  - o Le nombre de personnes (3 maximum conseillées)
  - o L'âge des visiteurs (enfants en bas âge déconseillés)
- de respecter les consignes d'hygiène ;
- de quitter la chambre lors des soins ou visites médicales ;
- d'éviter les visites trop longues ;
- de ne pas introduire des médicaments, de la nourriture, de l'alcool ou des produits illicites ;



- de ne pas faire de bruit ;
- de ne pas introduire de plantes en pot ;
- de ne pas introduire d'animal.

Les visiteurs doivent également respecter les conditions de visites propres à l'unité dans lequel le patient est hospitalisé. Les patients peuvent demander de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

### 3.4.6 Accompagnants

Suivant les possibilités d'accueil du service, un membre de la famille ou un proche peut être autorisé à demeurer auprès de la personne hospitalisée. Les informations sur les modalités et le coût sont à demander auprès des équipes soignantes.

Il est éventuellement possible pour les accompagnants de déjeuner au self de l'hôpital. Des tickets sont en vente à la régie du Bureau des Entrées.

La Maison de Jonathan (près de l'Hôpital Nord) assure l'accueil et l'hébergement des familles pendant l'hospitalisation d'un enfant, d'un parent ou d'un proche. Les tarifs sont calculés en fonction des ressources. Renseignements au 04 77 92 42 43 ou sur [www.maison-de-jonathan.org](http://www.maison-de-jonathan.org)

### 3.4.7 Interdiction de fumer ou de vapoter

En application des dispositions législatives, réglementaires et interne à l'établissement, il est strictement interdit de fumer ou de vapoter dans les locaux du CHU et dans les abords immédiats de l'entrée des bâtiments.

Cf annexe : note de service du 29 novembre 2014

### 3.4.8 Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les personnes hospitalisées qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin peuvent exercer leur droit de vote par procuration. La demande doit être effectuée auprès d'un officier de police judiciaire et justifiée par un certificat médical.

### 3.4.9 Neutralité du service public

#### Textes de référence

Circulaire N°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

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

- les visites des élus dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles ou les personnels, dès lors qu'ils constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme sur le lieu de travail et dans l'exercice des fonctions ;

- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'hôpital sauf autorisation expresse du Directeur Général.

#### **3.4.10 Missions du service social hospitalier**

Le service social du CHU intervient auprès des patients ou des familles qui connaissent des difficultés sociales, prévenir et surmonter ces difficultés, maintenir ou retrouver leur autonomie, et éventuellement faciliter leur insertion sociale et professionnelle. Il leur propose aide, conseils et accompagnement dans le respect de leur projet de vie en concertation avec les divers professionnels hospitaliers et en étroite collaboration avec les différents partenaires, organismes et structures extérieurs. Le CHU est doté d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

#### **3.4.11 Accès des professionnels de la presse**

Le Directeur Général a seul qualité pour apprécier l'opportunité d'autoriser des journalistes, et d'une manière générale des personnes étrangères à l'établissement, à exercer leur activité dans l'enceinte des administrations hospitalières.

Les journalistes ou photographes n'ont pas accès aux personnes hospitalisées, sauf accord écrit de celles-ci et autorisation du Directeur Général. Les paroles et images des usagers sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le CHU ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

#### **3.4.12 Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et représentants**

L'accès au sein de l'établissement des démarcheurs, agents d'affaires et représentants est interdit, sauf autorisation spécifique du Directeur Général.

#### **3.4.13 Associations**

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des usagers dans l'enceinte du CHU doivent préalablement à leurs interventions avoir conclu une convention qui en détermine les modalités. Dans ce cadre, elles respectent les principes inscrits dans la « Charte des associations de bénévoles » en vigueur dans l'établissement et les personnes intervenantes portent un badge permettant de les identifier.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin. L'accès auprès des patients est subordonné à l'accord de ces derniers. Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou activités des associations pour des raisons médicales ou liées à l'organisation de service.

Si un patient souhaite contacter une association ou recevoir la visite d'un bénévole volontaire, il peut s'adresser au personnel soignant du service, à l'assistant social ou se rendre à la Maison des Usagers (hall de l'Hôpital Nord, entrée CD).

#### **3.4.14 Interdiction des pourboires**

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

### **3.4.15 Repas des personnes hospitalisées**

Les repas sont préparés par la cuisine centrale du CHU. Elaborés par une équipe compétente en restauration et diététique, les menus sont équilibrés et adaptés aux besoins des personnes hospitalisées.

### **3.4.16 Chambre particulière**

Dans certains services du CHU, à sa demande, à sa charge, et si la disponibilité des lits le permet, la personne hospitalisée peut être hébergée en chambre individuelle.

### **3.4.17 Courrier**

Les personnes hospitalisées peuvent envoyer ou recevoir du courrier.

L'envoi du courrier affranchi est assuré par le personnel soignant. Des boîtes aux lettres de La Poste sont également à disposition dans les halls d'entrée. Pour la réception du courrier, les correspondants indiquent les nom et prénom de la personne hospitalisée, le nom du service et le site de l'Hôpital. Les lettres recommandées, les mandats et les colis sont remis en main propre par le vagemestre du CHU.

### **3.4.18 Téléphone**

Le CHU met à disposition des patients un poste téléphonique, permettant à la personne hospitalisée d'être jointe directement. Pour émettre des appels, des cartes téléphoniques payantes sont disponibles auprès du Bureau des Entrées, moyennant l'acquittement d'un forfait de raccordement. Pour des raisons de sécurité, l'utilisation des téléphones portables peut être réglementée dans l'enceinte de l'hôpital.

### **3.4.19 Télévision - Internet**

Les personnes hospitalisées ont la possibilité de louer un poste de télévision, selon des modalités propres à chaque site et à chaque service. Un accès internet est possible depuis les chambres à l'Hôpital Nord, moyennant un coût journalier, depuis un ordinateur personnel ou depuis un portable loué. Pour plus d'information, une plaquette est affichée dans chaque chambre.

### **3.4.20 Animaux**

Les animaux domestiques sont interdits dans l'enceinte de l'hôpital. Cette interdiction ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés conformément aux dispositions légales.

## **3.5 Section V- Sortie en fin d'hospitalisation**

### **3.5.1 Compétence du Directeur Général**

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le Directeur Général sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée. Le cas échéant, sur proposition médicale, sont prises toutes dispositions en vue du transfert du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée.

### **3.5.2 Formalités de sortie**

En vue de sa sortie, le patient se rend au Bureau des Entrées afin :

- de demander deux bulletins de situation, le premier valant arrêt de travail pour la durée de l'hospitalisation, le second pour la prise en charge éventuelle d'un transport assis ou couché selon la prescription médicale ;
- de régler les frais restant éventuellement à sa charge. A défaut, ces frais seront recouverts par l'intermédiaire du Trésor Public.

### **3.5.3 Frais d'hospitalisation et de séjour**

Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour et dépendent de la couverture sociale du patient. Les usagers peuvent utilement consulter le livret d'accueil et ont le droit de recevoir, à leur demande, une information sur les frais auxquels ils pourraient être exposés et sur les conditions de leur prise en charge.

Dans certains services du CHU, à la demande du patient et si la disponibilité des lits le permet, le patient peut être hébergé en chambre individuelle. Cette prestation supplémentaire lui sera facturée.

### **3.5.4 Evaluation de la qualité du séjour au CHU**

Un questionnaire de sortie est remis avec le livret d'accueil, dans lequel la personne hospitalisée peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions.

### **3.5.5 Sortie des nouveau-nés**

L'enfant quitte l'établissement en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure.

### **3.5.6 Sortie des mineurs**

Les titulaires de l'autorité parentale sont informés de la sortie prochaine du mineur. Ils doivent préciser si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à une tierce personne à qui ils auront pris soin de donner expressément l'autorisation d'accompagner le mineur.

Lors de la sortie du mineur, des justificatifs sont exigés en tant que de besoin de la part de la personne accompagnante (pièce d'identité, extrait de jugement, autorisation écrite).

### **3.5.7 Sortie contre avis médical**

A l'exception des mineurs, majeurs sous tutelle, personnes hospitalisées sous contrainte et des détenus, prévenus ou gardés à vue, les personnes hospitalisées peuvent, sur leur demande, quitter à

tout moment l'établissement. Si le médecin estime que cette sortie est prématurée, les intéressés quittent l'établissement après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des risques. Lorsque la personne refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

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

### **3.5.8 Sortie à l'insu du service**

Au cas où un patient quitte l'établissement sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'hôpital et dans ses abords immédiats.

S'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger), le Directeur Général prévient le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

### **3.5.9 Sortie disciplinaire**

La sortie d'un patient dûment averti peut être prononcée par le Directeur Général, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

## **3.6 Section VI- Dispositions relatives aux naissances et aux décès**

### **3.6.1 Dispositions relatives aux naissances**

#### **3.6.1.1 Déclaration de naissance**

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée, conformément aux dispositions du Code Civil, dans les trois jours suivant l'accouchement. Un document déclaratif est établi à cet effet sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est communiqué à la mairie. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre d'inscription des naissances tenu par l'hôpital.

#### **3.6.1.2 Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale**

Si l'enfant est né vivant et viable, le médecin établit un certificat médical en ce sens, précisant les dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établira un acte d'enfant sans vie sur production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

## **3.6.2 Dispositions relatives aux décès**

### **3.6.2.1 Attitude à suivre à l'approche du décès**

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches doivent être prévenus sans délai par tous les moyens appropriés.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui en dehors des heures de visite et l'assister dans ses derniers instants, si les modalités d'hospitalisation le permettent.

### **3.6.2.2 Formalités entourant le décès**

Les décès sont constatés par un médecin de l'établissement. La famille ou les proches du patient sont prévenus dès que possible et par tous les moyens.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service de l'ASE, au président du conseil général ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Le certificat de décès rédigé dans les formes réglementaires doit être transmis à la mairie dans les vingt-quatre heures.

### **3.6.2.3 Indices de mort violente ou suspecte**

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'une personne, le Directeur ou son représentant en avise immédiatement l'autorité judiciaire.

### **3.6.2.4 Don de corps**

La volonté de don doit avoir été exprimée personnellement du vivant du défunt. Les dons de personnes mineures ou majeures sous tutelle ne sont pas acceptés. Cette volonté s'exprime sous la forme d'un acte de donation et est certifiée par la possession d'une carte de donneur. Lors du décès du donneur, le corps est acheminé vers l'établissement légataire. Les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès.

Les personnes intéressées peuvent s'adresser au : Service des dons de corps - Laboratoire d'anatomie, 15 rue Ambroise Paré 42000 SAINT-ETIENNE (tél : 04 77 80 22 56).

### **3.6.2.5 Toilette mortuaire et biens du défunt**

Dès que le décès est constaté, sauf obstacle médico-légal, le personnel du service procède à la toilette du défunt avec toutes les précautions convenables et dresse l'inventaire des objets, vêtements, valeurs, papiers et autres qu'il avait en sa possession.

### **3.6.2.6 Dépôt en chambre mortuaire ou en chambre funéraire**

Les corps des personnes décédées ne peuvent rester plus de dix heures dans les services. À cet égard, le CHU met en place un tour de permanence pour la signature des décès par les praticiens des services en garde sur place. La liste est disponible sur intranet.

Le défunt doit être soit admis dans la chambre mortuaire du site hospitalier, soit pris en charge par un opérateur de pompes funèbres pour être transporté vers une chambre funéraire.

### **3.6.2.7 Prise en charge par le service mortuaire du CHU**

L'usage des chambres mortuaires gérées par les établissements de santé est réservé au dépôt des corps des personnes décédées dans ces établissements. La chambre mortuaire constitue un équipement aménagé pour permettre aux familles des personnes décédées dans ces établissements de disposer du temps nécessaire à l'organisation des obsèques.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée au CHU sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès, étant précisé que le jour du décès, les dimanches et jours fériés ne sont pas comptabilisés.

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

Sont affichés à la vue du public dans les locaux d'accueil de la chambre mortuaire : la liste des sociétés de pompes funèbres, les horaires du service et des aumôneries, les tarifs des prestations fournies par le CHU (location de salle, prix du séjour en chambre mortuaire passé le délai de gratuité).

Le régime juridique applicable au fonctionnement d'une chambre mortuaire n'est pas distinct de celui qui gouverne l'ensemble des activités de l'établissement de santé où elle est installée. Il en résulte qu'en dehors des matières régies des règles spécifiques, les chambres mortuaires relèvent de la réglementation générale applicable au CHU. Il en va notamment ainsi en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail ainsi que la lutte contre les infections nosocomiales.

### **3.6.2.8 Dépôt en chambre funéraire et service d'un opérateur de pompes funèbres**

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès. Le délai est porté à quarante-huit heures lorsque le corps a subi des soins de conservation. Il revient à l'opérateur de pompes funèbres d'accomplir les diverses formalités de déclaration.

### **3.6.2.9 Opposition au transport sans mise en bière**

Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que le décès soulève un problème médico-légal, que l'état du corps ne permet pas un tel transport, que le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures

sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel. Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le Directeur Général.

### **3.6.2.10 Libre choix des opérateurs funéraires**

Le démarchage en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du CHU. Il est également interdit aux personnels, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de recevoir des avantages de quelque nature qu'ils soient pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

### **3.6.2.11 Liberté des funérailles et dispositions testamentaires**

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir leurs dernières volontés à leur chevet.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHU ou à des structures médicales de leur choix. Ces libéralités peuvent être assorties de conditions à la charge du légataire.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci.

## **4 CHAPITRE IV : Dispositions relatives au personnel**

### ***4.1 Section I - Principes de bonne conduite professionnelle et obligations des personnels***

#### **4.1.1 Assiduité et ponctualité**

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 personnels non médicaux dont le temps de travail est décompté en heures sont soumis à l'obligation d'enregistrement par badgeage de leur présence au travail. Le badgeage doit s'effectuer à la borne située au plus près du lieu de travail ou des vestiaires.

Les personnels ne peuvent s'absenter momentanément durant les heures de service sans l'autorisation du responsable de service.

En cas d'impossibilité pour un agent du CHU de prendre son travail comme prévu, celui-ci doit, sans délai, en avertir son supérieur hiérarchique. En cas de maladie, il doit en outre faire parvenir son justificatif d'arrêt dans un délai de 48 heures.

Toute absence pour congés annuels, congés liés à la réduction du temps de travail ou autorisations diverses, doit faire l'objet d'un accord délivré par le responsable hiérarchique.



#### **4.1.2 Exécution des instructions reçues**

Tout agent de l'établissement est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Un agent n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

Pour assurer la continuité du service, et dans le respect des règles d'exercice des professions codifiées par les lois et règlements en vigueur, il peut être demandé à un agent d'exécuter un travail déterminé imparti à un autre agent momentanément empêché. L'exécution de cet ordre ne peut être refusée.

#### **4.1.3 Interdiction d'exercer une activité à but lucratif**

Les personnels de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est en principe interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la loi, notamment dans le cadre de la réglementation générale sur les cumuls ou dans l'hypothèse de la création ou reprise d'une entreprise.

Cette disposition ne s'applique pas aux praticiens statutaires autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale.

#### **4.1.4 Respect des règles de sécurité et des bonnes pratiques en matière d'hygiène**

Les personnels du CHU doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment porter les tenues adaptées à leurs fonctions mises à disposition par l'établissement, y compris le cas échéant les équipements de protection individuelle.

Les personnels du CHU ont l'obligation de prendre connaissance des modalités de fonctionnement des services et d'en respecter les procédures. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention et aux actions de formations spécifiques destinées à assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers.

Dans le cadre de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, en vertu des articles R. 6111-1 et suivants du Code de la Santé Publique, il appartient au Directeur Général du CHU de développer la culture de sécurité dans l'établissement. Le personnel a l'obligation de suivre les recommandations de bonnes pratiques d'hygiène visant à prévenir les infections nosocomiales et les risques liés aux soins. Notamment, les personnels en contact avec les patients ou du matériel lié aux soins ont l'obligation de retirer tout bijou et ornement corporel transportant idéalement des germes, même après détersion.

#### **4.1.5 Vigilance sanitaire et signalement des incidents, risques ou événements indésirables de toute nature**

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 produits concernée.

Tout agent doit, dans les meilleurs délais, informer son supérieur hiérarchique des événements indésirables et des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

#### **4.1.6 Tri des déchets**

Le CHU est responsable du devenir de ses déchets et doit respecter les règles de sécurité sanitaire propres à prévenir tout risque de contamination. Afin de protéger les usagers, les personnels hospitaliers, les personnels chargés de l'élimination des déchets et plus largement de préserver l'environnement, tout agent du CHU doit s'engager au quotidien dans une démarche de qualité et veiller à la rigueur du tri effectué dans chaque domaine d'activité suivant les protocoles applicables.

#### **4.1.7 Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital**

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

#### **4.1.8 Identification des personnels**

Le cas échéant, les personnels de l'établissement portent, pendant l'exécution de leur service, les badges, tenues professionnelles, ou tout autre moyen d'identification fournis par l'établissement précisant leur nom, prénom et qualité. Il importe que chaque agent respecte cette nécessité de pouvoir être identifié par les autres professionnels de l'établissement ainsi que par les patients, usagers, et visiteurs.

#### **4.1.9 Exigence d'un comportement correct**

Un comportement correct, tant dans les agissements que dans le langage, est exigé de l'ensemble du personnel en toute circonstance.

#### **4.1.10 Interdiction de fumer ou de vapoter**

En application des dispositions législatives, réglementaires et interne à l'établissement, il est strictement interdit de fumer ou de vapoter dans les locaux du CHU et dans les abords immédiats de l'entrée des bâtiments.

[Cf annexe : note de service du 29 novembre 2014](#)

Signataire de la Charte « Hôpital sans tabac », le CHU s'engage dans la lutte contre les effets néfastes du tabagisme.

#### **4.1.11 Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces**

Il est interdit aux personnels de recevoir une rémunération ou des pourboires de la part des patients ou de leurs familles.

Il est interdit aux personnels qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès de recevoir des avantages de quelque nature que ce soit pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres.

Il est interdit aux personnels de recommander ou d'imposer aux familles les services de sociétés extérieures (transport sanitaire, pompes funèbres, etc.).

Il est interdit aux personnels de l'établissement de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, de la part d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

#### **4.1.12 Obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés dans l'établissement**

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui auraient été confiés par des patients. Des procédures sont prévues pour le dépôt des biens et valeurs des personnes hospitalisées et doivent être scrupuleusement appliquées.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé doit être directement remis au cadre du service ou au responsable de la sécurité, afin qu'en soit assurée la conservation et la restitution.

#### **4.1.13 Bon usage des biens de l'établissement**

Il est interdit d'utiliser à des fins personnelles les produits, denrées et matériels du CHU ainsi que le téléphone du service.

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 CHU. Les instructions de maintenance, d'entretien et d'utilisation des matériels et des locaux doivent être scrupuleusement respectées. L'établissement pourra être amené à demander une réparation pécuniaire en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

#### **4.1.14 Respect de l'identité visuelle du CHU**

Le CHU est doté d'une identité visuelle, témoignage de sa spécificité, et une Charte relative au Logo en régit la bonne utilisation graphique et typographique.

Sans préjudice d'éventuelles mentions d'identification complémentaires, propres aux composantes de l'établissement, les personnels veillent en toutes circonstances au respect de l'identité du CHU dans l'exercice de leurs fonctions et dans leurs actions de communication.

#### **4.1.15 Interdiction de l'utilisation du téléphone personnel**

Il est rappelé l'interdiction, pour tous les personnels du CHU, d'utiliser son téléphone personnel à des fins privées pendant les heures de service.

#### **4.1.16 Dispositions relatives à la tenue**

Il est rappelé que chaque personnel doit porter la tenue professionnelle qui lui est attribuée.

Le port d'un signe religieux ostentatoire n'est pas compatible avec l'exigence de neutralité des agents du service public.

#### **4.1.17 Interdiction de consommer de l'alcool ou des produits illicites**

Il est rappelé l'interdiction, pour tous les personnels du CHU, de consommer de l'alcool ou des produits illicites pendant les heures de service.

### **4.2 Section II - Principes fondamentaux liés au service public et au respect des usagers**

#### **Textes de référence**

Article L. 1110-4 CSP ; Articles 226-13 et 226-14 Code pénal

#### **4.2.1 Secret professionnel**

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. Toute violation du secret professionnel est susceptible d'entraîner des sanctions pénales et/ou disciplinaires, hors cas de révélation expressément prévus par la loi.

Toutefois, n'encourent aucune sanction pour violation du secret professionnel :

- celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- le médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences ont été commises (lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire) ;
- les professionnels de santé qui informent le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

S'il juge préférable de ne pas révéler ces sévices ou privations, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

#### **4.2.2 Discrétion professionnelle**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents du CHU sont liés par une obligation de discrétion professionnelle couvrant tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Sous peine de sanctions disciplinaires et/ou pénales, sont interdits tout détournement ou toute communication extérieure de pièces et de documents de service. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

#### **4.2.3 Obligation de réserve**

Les personnels du CHU sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Les professionnels doivent observer, dans l'expression de leur sentiment et de leur pensée, de leur opinion politique ou confessionnelle, une réserve compatible avec la nature de leur fonction et s'abstenir de tout comportement excessif ou déplacé vis-à-vis des patients, des visiteurs et des autres agents de l'établissement. Ils doivent

également s'abstenir de porter des jugements sur le fonctionnement de l'établissement ou des services en présence des malades et de leurs familles ou à l'extérieur de l'hôpital.

#### **4.2.4 Respect de la liberté de conscience ou d'opinion des usagers**

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

Le principe d'égalité des citoyens dans l'accès au service public interdit de différencier les usagers en fonction de leur conviction politique, religieuse ou philosophique.

#### **4.2.5 Devoir d'information des usagers**

Dans le cadre de la politique d'amélioration des relations entre l'administration et les usagers, et dans le respect des règles relatives au secret et à la discrétion professionnelle, les agents hospitaliers doivent s'efforcer de satisfaire aux demandes d'informations exprimées par les patients et leurs proches.

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

#### **4.2.6 Respect du libre choix des patients et des familles**

Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

#### **4.2.7 Sollicitude envers le patient et promotion de la bientraitance**

La bientraitance définit une prise en charge des patients fondée sur les principes éthiques d'humanité, de dignité et d'autonomie.

Les personnels de l'établissement agissent dans le souci de la personne hospitalisée. Ils s'efforcent d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge et, d'une manière générale, prennent toutes les dispositions susceptibles de contribuer au climat de sécurité et de sérénité indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Les personnels de l'établissement agissent dans le respect de la dignité de la personne hospitalisée et s'assurent que l'intimité du patient soit préservée lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des brancardages et, plus largement, à tout moment de son séjour hospitalier. Les personnels et les visiteurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Par son comportement, chaque membre du personnel contribue à la qualité de l'environnement du patient et de ses proches, et participe notamment à la lutte contre le bruit.

#### **4.2.8 Connaissance et application de la Charte de la personne hospitalisée**

Les agents du CHU sont au service des patients et des usagers. Cette fonction impose de connaître et de respecter les principes inscrits dans la Charte de la personne hospitalisée.

#### **4.2.9 Connaissance et application des Chartes en vigueur au CHU**

Dans le cadre de leur exercice professionnel, les agents du CHU se doivent de connaître et de respecter les principes inscrits dans les Chartes en vigueur au sein du CHU, notamment :

- la Charte du soignant ;
- la Charte de la personne âgée ;
- la Charte de l'enfant hospitalisé ;
- la Charte de l'accueil téléphonique ;
- la Charte Logo ;
- la Charte du bon usage des ressources informatiques et réseaux intranet/internet.
- La charte de confiance pour le signalement des événements indésirables

### **4.3 Section III- Droits des personnels**

#### **4.3.1 Liberté d'opinion**

Les agents hospitaliers jouissent de la liberté d'opinion. Aucune différenciation, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses.

La carrière d'un agent de la fonction publique hospitalière qui serait candidat ou élu à un mandat électif ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de sa campagne électorale ou durant l'exercice de son mandat. De même, la carrière des agents 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.

#### **4.3.2 Principe de non-discrimination**

Aucune différenciation, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents hospitaliers en raison de leur genre, origine, orientation sexuelle, âge, patronyme, état de santé, apparence physique, handicap ou appartenance vraie ou supposée à une ethnie ou groupe dans l'espèce humaine.

Le principe constitutionnel d'égalité entre homme et femme garantit aux agents des deux sexes un traitement identique au niveau du recrutement, de l'avancement, de la carrière et de la rémunération, toutes distinctions éventuelles devant être objectivement justifiées.

#### **4.3.3 Protection des agents**

L'établissement assure, en cas de menace, violence, voie de fait, injure, diffamation ou outrage, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions. Les agents victimes peuvent porter plainte en leur nom personnel en se domiciliant au CHU.

#### **4.3.4 Droit syndical - Liberté syndicale**

Le Directeur Général garantit le droit syndical aux agents hospitaliers, dans le cadre de la réglementation en vigueur et sous réserve des nécessités de service.

Tout membre du personnel de l'établissement peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale, adhérer et participer aux activités du syndicat de son choix. Tout membre du personnel

peut, durant ses heures de service, participer à une heure mensuelle d'information organisée, le cas échéant, par une organisation syndicale représentative. La demande d'absence de l'agent doit être déposée auprès de sa hiérarchie qui l'acceptera sous réserve des nécessités de service. Des autorisations spéciales d'absence peuvent être accordées aux représentants syndicaux dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Les activités syndicales s'exercent dans le respect du principe de la neutralité du service public et de l'interdiction des manifestations ou activités de nature politique dans l'enceinte du CHU.

Les activités syndicales se déroulent en dehors de la présence des patients. L'activité syndicale doit, en tout état de cause, être conciliable avec le fonctionnement d'un établissement hospitalier et permettre d'assurer, en toute circonstance, les soins et la sécurité des usagers.

Conformément à la réglementation en vigueur, des locaux spécifiques pour l'exercice de leurs activités sont attribués par le Directeur Général du CHU aux organisations syndicales de l'établissement.

De même, des emplacements spéciaux sont identifiés pour l'affichage des informations à caractère syndical, si possible dans chaque service. L'affichage est interdit en dehors de ces emplacements dédiés. Un exemplaire des documents publiés est transmis au Directeur Général du CHU concomitamment à leur affichage.

Les publications à caractère syndical peuvent être librement distribuées dans l'enceinte du CHU, mais en dehors des locaux accueillant du public, et sans apporter de gêne au fonctionnement des services. La distribution doit être assurée par des agents qui ne sont pas en service. Les publications doivent être communiquées au Directeur Général du CHU pour information. Les cotisations syndicales peuvent être collectées dans l'enceinte du CHU, mais en dehors des locaux ouverts au public, et ce, par des représentants syndicaux qui ne sont pas en service. La collecte ne doit en aucune manière, porter atteinte au fonctionnement des services. Les organisations syndicales peuvent être autorisées à tenir des réunions d'information à l'intérieur du CHU. Ces réunions ne peuvent s'adresser qu'aux personnels hospitaliers qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence.

#### **4.3.5 Droit de grève**

Le personnel de l'établissement exerce le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglemente, et selon des modalités permettant d'assurer la sécurité des biens et des personnes. Au nom du principe de continuité du service public, le Directeur Général du CHU peut notamment assigner les agents afin de garantir un service minimum.

#### **4.3.6 Droit de retrait en cas de péril grave et imminent**

Dans le respect de règles législatives et réglementaires, un agent peut se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente 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.

#### **4.3.7 Droit à la formation professionnelle**

La formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité. Elle contribue à créer les conditions

d'un égal accès aux différents grades et emplois entre les hommes et les femmes. Le CHU de Saint-Etienne élabore chaque année un plan de formation qui tient compte du projet d'établissement et des projets des unités fonctionnelles, des services, des pôles et/ou des directions.

#### **4.3.8 Accès au dossier personnel des agents**

Tout agent du CHU peut avoir accès à son dossier administratif personnel dans les conditions définies par la loi. Cette demande n'a pas à être justifiée.

#### **4.3.9 Indemnités servies à l'occasion des missions et formations**

Le Décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixe les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la FPH sur le territoire métropolitain de la France.

Pour les personnels civils de l'Etat, les conditions et modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires sont fixées par le Décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 ; un arrêté complémentaire du 3 juillet 2006 ayant prévu des taux spécifiques plus élevés pour les missions à l'étranger.

En l'absence de dispositions spécifiques prises jusqu'à ce jour pour les fonctionnaires et agents relevant de la FPH pour les missions à l'étranger, il est décidé que les personnels médicaux et non-médicaux du CHU de Saint-Etienne bénéficient pour les missions temporaires et formations à l'étranger des taux plafonds applicables aux personnels civils de l'Etat, tels qu'ils résultent de l'arrêté du 3 juillet 2006 susvisé et de son annexe.

## **5 CHAPITRE V : Dispositions relatives à l'ordre public au sein du CHU**

### **5.1 Section I- Dispositions relatives à la tranquillité et à la sécurité**

#### **5.1.1 Compétence du Directeur Général**

Le Directeur Général veille au respect des règles relatives à l'ordre public déterminées par les lois et règlements, et coordonne leur mise en œuvre au sein de l'établissement hospitalier.

En vertu de ses pouvoirs de police et d'organisation du service, le Directeur Général peut édicter des règles spécifiques visant à assurer la tranquillité et la sécurité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens, par voie de recommandations générales ou de consignes particulières.

#### **5.1.2 Opposabilité des règles de sécurité**

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le CHU assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Toute personne présente sur le site hospitalier doit s'y conformer et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.



Les règles de sécurité en vigueur au sein du CHU sont opposables aux instituts ou organismes logés sur son domaine, sauf si les conventions qui les lient à l'hôpital en décident autrement.

### **5.1.3 Accès des personnes et sécurité générale**

Les usagers ou visiteurs pour tout motif, les personnels des prestataires, fournisseurs et institutions partenaires du CHU de Saint-Etienne, ainsi que les personnels du CHU sont soumis aux règles de sécurité en vigueur au CHU pendant toute la durée de leur présence au sein des sites, bâtiments et installations de l'établissement.

Les modalités et horaires d'accès aux sites et aux locaux du CHU de Saint-Etienne sont définis par le Directeur Général, par le règlement intérieur, et par des décisions d'organisations ponctuelles ou durables portées à la connaissance des usagers par tout moyen.

L'accès aux sites et aux locaux du CHU de Saint-Etienne emporte l'engagement de respecter les règles de sécurité, de tranquillité, de discrétion, et de courtoisie dans les relations humaines.

L'accès aux sites ou aux locaux du CHU de Saint-Etienne peut être interdit à toute personne provoquant un trouble manifeste à l'ordre public ou ne respectant pas les dispositions réglementaires ou celles édictées par le règlement intérieur de l'établissement.

### **5.1.4 Calme et tranquillité au sein du CHU**

Tout visiteur qui crée un trouble au sein des sites hospitaliers est invité à mettre un terme à la situation ou, s'il persiste, à quitter l'hôpital. Il peut être accompagné à la sortie du site, si nécessaire en faisant appel aux autorités de police.

### **5.1.5 Missions du service de sécurité**

Le responsable de la Sécurité du CHU de Saint-Etienne et l'équipe sécurité placée sous son autorité, sous la responsabilité du Directeur des Travaux et des Équipements, sont autorisés à prendre les mesures nécessaires afin d'assurer le respect des règles de sécurité et des règles d'accès aux sites et aux locaux du CHU.

Leur mission consiste notamment à organiser, dans le respect du règlement intérieur, l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin de contribuer à la continuité du service public (accès des patients, accès des urgences) et à la protection des installations (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

Leur mission peut également et en cas de nécessité concerner l'accès des personnes physiques, notamment en cas de trouble à l'ordre public. Ils peuvent à ce titre être appelés à intervenir par les services cliniques, les services de consultation ou d'accueil du public, ainsi que les services généraux.

Leur mission couvre enfin les obligations relatives à la surveillance de la sécurité incendie et la sécurité des installations.

### **5.1.6 Moyens du service de sécurité**

Le service de sécurité du CHU dispose des installations de détection incendie, de surveillance vidéo, de téledétection, de communication par interphone, téléphone ou radio portative, et de télécommande des barrières et de certains accès.

Il dispose de l'ensemble des moyens d'accès aux locaux (clés, codes, cartes électroniques, etc.), dont l'usage est strictement réservé aux personnels autorisés et tracé dans les registres de sécurité sous la responsabilité du chef de service sécurité.

### **5.1.7 Attributions du service de sécurité pour la sécurité des personnes**

#### Mesures relatives à la prévention des violences :

Le service de sécurité est autorisé, s'il est appelé dans une situation de violence au personnel, de violence entre usagers, ou de trouble manifeste à l'ordre public, à intervenir pour faire cesser ces violences ou ce trouble, par la présence de plusieurs agents et par la persuasion. Il a la possibilité de faire appel aux autorités de police municipale ou nationale.

En cas de nécessité et dans le respect des principes de discernement et de juste proportion, le service de sécurité peut reconduire l'auteur de ces violences ou de ces troubles à l'extérieur des locaux et du site concerné. Il peut également, en situation de nécessité immédiate, contenir l'auteur de violences jusqu'à l'arrivée des autorités de police municipale ou nationale.

Le service de sécurité est en outre autorisé à faire respecter les interdictions d'accès qui auraient été prononcées par le Directeur Général en application du règlement intérieur.

#### Mesures relatives à la prévention des risques et à la sécurité des locaux :

Le service de sécurité, sur instruction du Directeur Général ou de son représentant, peut être autorisé à contrôler les objets ou bagages laissés sans surveillance, ou à contrôler le contenu des bagages ou objets apportés par des usagers ou des visiteurs. Dans ce cas il peut interdire l'introduction au CHU d'un bagage ou d'un objet dont le contrôle aurait été refusé par son propriétaire. Ces contrôles sont tracés dans le registre de sécurité.

En cas d'identification d'un risque de danger pour les personnels et les usagers (par exemple, objet non identifié laissé sans surveillance, ou produit dangereux), le service de sécurité peut interdire provisoirement tout accès à un local ou à un espace délimité. Il en réfère en ce cas sans délai à sa hiérarchie et à la direction générale.

### **5.1.8 Vidéo-surveillance et matériels informatisés de sécurité**

Le fonctionnement du matériel de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit répondre aux exigences législatives, aux règles énoncées par la CNIL et permettre de respecter le secret professionnel, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

### **5.1.9 Infractions perpétrées dans l'enceinte du CHU**

Les contraventions, crimes et délits 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 Général porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

Les agents de la fonction publique sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en avisent le Directeur Général, qui informe sans délai le procureur de la République et s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

### **5.1.10 Enquête judiciaire au sein de l'établissement**

En cas d'investigation judiciaire au sein de l'établissement, le Directeur Général est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être informé sans délai par les services de toute demande des autorités de police. Le Directeur Général veille à ce que soient pris en considération tant les impératifs tirés de l'application de la loi pénale que les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret professionnel.

## **5.2 Section II- Dispositions relatives à la circulation et au stationnement**

### **5.2.1 Accès des véhicules et règles de circulation**

Le Code de la Route est applicable sur tous les sites hospitaliers ouverts à la circulation publique. En matière de circulation et de stationnement des véhicules de toute nature, le Directeur Général définit les conditions d'accès, de circulation interne, d'arrêt (dépose-minute) et de stationnement dans l'enceinte des établissements. Il délivre les autorisations spécifiques aux personnels ou à certains usagers et fournisseurs.

D'une manière générale les personnels, les usagers et les visiteurs veillent à ne provoquer aucune gêne à la circulation, en particulière la circulation et l'accès des véhicules de secours ou véhicules sanitaires.

Des mesures prévues par la présente décision peuvent être mises en œuvre, dans les conditions précisées ci-après, afin de faire respecter les règles de circulation et de stationnement sur les sites du CHU. L'accès d'un véhicule aux sites du CHU peut en outre être interdit.

### **5.2.2 Limites spécifiques d'accès des véhicules**

Les axes principaux de circulation et d'accès aux bâtiments hospitaliers ou de service, sont interdits à tout stationnement en dehors des places matérialisées.

#### Particularités du site de l'Hôpital Nord :

Les accès véhicule aux rotondes des bâtiments AB et CDGH niveau +1 sont réservés exclusivement aux véhicules d'urgence et véhicules sanitaires, conformément à l'arrêté municipal n°11-056 du 11 juin 2011.

Sur ces accès, au-delà d'une dépose-minute pour les besoins d'un patient, aucun véhicule ne doit stationner de manière à gêner la circulation.

L'accès véhicule à la rotonde d'entrée des bâtiments CDGH, niveau 0, est contrôlé par une barrière. Cet accès est réservé exclusivement aux véhicules d'urgence, véhicules sanitaires, véhicules de sécurité et de service, et pour 5 places handicapées. Il peut être ouvert ponctuellement à un membre du personnel appelé pour une urgence médicale, et uniquement pour la durée de celle-ci.

L'ouverture de cette barrière est assurée depuis le poste sécurité sur appel à l'interphone et visualisation par caméra. Sur cet accès, une voie de dégagement sera en permanence laissée libre afin de garantir la fluidité de circulation des véhicules d'urgence.

#### Particularités du site de l'Hôpital la Charité :

L'accès à ce site est contrôlé principalement aux heures de prise de poste afin d'éviter la saturation des places de stationnement en nombre limité, qui mettrait en cause la sécurité des personnels et des usagers.

Le service sécurité à l'entrée du site de la Charité peut interdire l'accès à tout véhicule et à tout particulier n'ayant pas d'autorisation (macaron CHU ou autorisation temporaire), ainsi qu'à tout piéton n'ayant pas de motif de pénétrer à l'intérieur du site.

#### Particularités du site de l'Hôpital Bellevue :

L'accès à ce site sera placé sous contrôle d'accès par une barrière commandée par badge remis aux personnels du CHU ou des établissements partenaires autorisés sur le site, ou par appel à l'interphone avec visualisation par caméra.

### **5.2.3 Attributions du service de sécurité pour la circulation et le stationnement**

Le service de sécurité est autorisé à prendre les mesures adaptées afin de faire respecter les règles de circulation et de stationnement des véhicules. Ces mesures sont mises en œuvre dans le respect du règlement intérieur et des principes de discernement et de juste proportion.

Parmi les mesures pouvant être utilisées par le service de sécurité figurent les dispositions suivantes :

- Filtrage des accès par badge individuel d'accès à l'hôpital Nord, ou par macarons sur les sites non équipés ; refus d'accès d'un véhicule ne disposant pas d'autorisation et/ou se présentant sans un motif lié aux activités hospitalières ; refus d'accès à un parking saturé.
- Identification et, dans la mesure du possible, recherche du propriétaire d'un véhicule gênant la circulation ou un accès, ou stationné à un emplacement interdit.
- Identification et avertissement verbal au propriétaire ou à l'utilisateur du véhicule en infraction. Enregistrement de l'incident dans le registre de sécurité. Signalement à la hiérarchie le cas échéant.
- Apposition d'un message autocollant sur la vitre arrière latérale du véhicule, côté gauche. L'apposition de l'autocollant est faite dans le respect des règles de sécurité.
- Demande d'intervention des services de police pour verbalisation des véhicules en infraction.
- Si nécessaire, demande d'enlèvement d'un véhicule pour mise en fourrière aux frais du propriétaire.

## **5.3 Section III- Dispositions relatives aux circonstances exceptionnelles**

### **5.3.1 Circonstances exceptionnelles**

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur Général 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 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 interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures décidées (notamment ouverture des sacs, bagages ou paquets, vérification des véhicules).

En cas de péril grave et imminent pour le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur Général peut, même 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 également décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le Directeur Général 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.

## **5.4 Section IV- Applications et recours**

### **5.4.1 Contrôle de l'application des règles de sécurité**

Les règles d'accès et de circulation des personnes et des véhicules au sein du CHU de Saint-Etienne sont adoptées dans le but d'assurer la sécurité des usagers et des personnels, de garantir la continuité du service public, de contribuer à la tranquillité et à la qualité des soins.

Elles sont appliquées avec tact et discernement, dans le respect d'un principe de juste proportion.

Les décisions adoptées en application du règlement intérieur sont expliquées aux personnes en cause et peuvent faire l'objet d'une réclamation instruite par l'encadrement.

## **6 DISPOSITIONS FINALES**

### **6.1 Adoption du règlement intérieur**

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique, après avis du Conseil de Surveillance et concertation avec le Directoire, le Directeur Général du CHU arrête le règlement intérieur de l'établissement.

La Commission Médicale d'Etablissement, le comité technique d'établissement, et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail doivent au préalable être consultés. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est informée.

### **6.2 Modification du règlement intérieur**

Les modifications apportées ultérieurement au règlement intérieur du CHU sont adoptées dans les mêmes formes et selon la même procédure.

## **7 ANNEXES**

- Cartographie des pôles
- Organigramme de direction
- Les différentes chartes en vigueur, auxquelles il est fait référence dans le Règlement Intérieur disponibles sur intranet
- Les différentes notes de service, auxquelles il est fait référence dans le règlement intérieur
- Les règlements intérieurs des instances, commissions, comités, collèges disponibles sur Intranet