



**ARDENNES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS  
N°8-2021-067

PUBLIÉ LE 15 AVRIL 2021

# Sommaire

## Préfecture 08 / DRHM

8-2021-02-02-00007 - Décision portant délégation de signature du GHSA (6 pages)	Page 3
8-2020-07-15-00004 - Décision portant nomination du Chef du Pôle 1 (1 page)	Page 10
8-2020-07-15-00005 - Décision portant nomination du Chef du Pôle 2 (1 page)	Page 12
8-2020-10-02-00004 - Décision portant nomination du Chef du Pôle 4 par intérim (1 page)	Page 14
8-2020-10-09-00009 - Règlement intérieur du Groupe Hospitalier Sud Ardennes (123 pages)	Page 16

Préfecture 08

8-2021-02-02-00007

Décision portant délégation de signature du  
GHSA

## Décision n° EM-2021/04 du 18/02/2021

Le Directeur du Groupe Hospitalier Sud-Ardenne,

VU le Code de la Santé Publique, et notamment les articles L.6143-7 et D.6143-33 à D.6143-35,

Vu le décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relative au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé ;

Vu Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret en date du 12 décembre 2019 portant nomination de Monsieur Elio MELIS en qualité de Directeur du Groupe Hospitalier Sud Ardennes à compter du 2 janvier 2020 ;

Vu le décret en date du 11 juin 2020 portant nomination de Mme Odile NADIER en qualité de Directrice Adjointe chargée de la Filière gériatrique, des systèmes d'information et des coopérations territoriales à compter du 22 juin 2020

Vu le décret en date du 5 février 2021 portant nomination de Mme Annick BOUFFEL en qualité de Directrice Adjointe chargée des Ressources Humaines, des relations sociales et des affaires médicales à compter du 16 février 2021

Vu le décret en date du 14 septembre 2020 portant nomination de Mme Claude LEMAIRE en qualité de Directrice des soins, Coordinatrice générale des soins à compter du 2 novembre 2020

Considérant l'organigramme de direction en vigueur au 16 février 2021 ;

### DECIDE

#### **ARTICLE 1 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION GENERALE**

- a) **Madame Odile NADIER**, Directrice adjointe chargée de la Direction Filière Gériatrique, Systèmes d'Information et Coopérations Territoriales reçoit délégation permanente de signature pour tout document, engagement et correspondance se rapportant à la gestion de l'établissement.
- b) **Madame Odile NADIER** reçoit, en outre, délégation permanente de signature pour :
  - Représenter l'établissement en toutes circonstances, à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, en cas d'absence ou d'indisponibilité du Directeur ;
  - Tous actes liés à la fonction d'ordonnateur, hors comptabilité-matières ;
  - Tous actes liés à la gestion des affaires de l'établissement, autres que ceux énumérés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;

## **ARTICLE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES RELATIONS SOCIALES ET DES AFFAIRES MEDICALES**

- a) **Madame Annick BOUFFEL** Directrice adjointe chargée des Ressources Humaines, des relations sociales et des Affaires médicales reçoit délégation de signature aux fins de signer, dans la limite de ses attributions, tous documents et correspondances concernant cette direction, y compris les décisions de toute nature relatives aux personnels et à l'organisation, à l'exception des décisions portant sanction disciplinaire.
- b) **Madame Annick BOUFFEL** reçoit, en outre, délégation de signature pour mandater la paie pour l'ensemble du personnel.
- c) En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Annick BOUFFEL** délégation de signature est donnée à **Monsieur Franck NOEL**, Directeur adjoint chargé des Affaires Financières et de la Clientèle, pour mandater la paie pour l'ensemble du personnel.
- d) En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Annick BOUFFEL**, délégation de signature est donnée à **Madame Valérie PLARD**, Attaché d'Administration hospitalière, pour la gestion des affaires médicales et non médicales, hors décisions nominatives et recrutement.
- e) En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Annick BOUFFEL** et de **Madame Valérie PLARD** délégation de signature est donnée à **Madame Christelle JUPPIN**, Adjoint Administratif, pour la gestion des affaires médicales, hors décisions nominatives et recrutement.
- f) En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Annick BOUFFEL** délégation de signature est donnée à **Madame Valérie PLARD**, Attaché d'Administration Hospitalière, aux fins de signer les documents relatifs à la formation continue.

## **ARTICLE 4 - DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES ET A LA DIRECTION DE LA CLIENTELE**

- a) **Monsieur Franck NOEL**, Directeur adjoint chargé des Affaires financières et de la Clientèle reçoit délégation en qualité d'ordonnateur secondaire aux fins de signer les bordereaux d'ordonnancement des dépenses et des recettes, hors périmètre des Ressources humaines et des Affaires médicales.
- b) **Monsieur Franck NOEL** reçoit également délégation de signature des bons de commande relevant de ses domaines d'attribution d'un montant inférieur à 90.000 € HT.
- c) En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Franck NOEL**, délégation de signature est donnée, dans les mêmes termes que ceux du a) ci-dessus, à **Madame Anne JOURNET**, Adjoint des cadres.
- d) En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Franck NOEL** et de **Madame Anne JOURNET**, délégation de signature est donnée, dans les mêmes termes que ceux du a) ci-dessus, à **Madame Nathalie LABBE**, Assistant Médico Administratif, et **Madame Valérie ORTEGA**, Adjoint Administratif, aux fins de signer les documents relatifs à la Clientèle.

## **ARTICLE 5 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION DE LA QUALITE, DE LA COMMUNICATION ET DES AFFAIRES GENERALES**

- a) **Madame Virginie MATTON**, Directrice adjointe chargée de la Direction de la Qualité, Communication et Affaires Générales, reçoit délégation de signature aux fins de signer, dans la limite de ses attributions, tous documents et correspondances concernant cette direction.
- b) En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Virginie MATTON**, délégation de signature est donnée à **Madame Odile NADIER** aux fins de signer les documents relatifs aux affaires suivantes :
- Les courriers relatifs à la gestion des plaintes et réclamations ;
  - Les demandes de dossiers médicaux ;
  - La démarche de développement durable ;
  - La démarche d'amélioration de la qualité, et à la communication interne et externe.

## **ARTICLE 6 - DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION DES SOINS ET A LA COORDINATION GENERALE DES SOINS**

- a) **Madame Claude LEMAIRE**, Coordonnatrice Générale des soins, reçoit délégation de signature aux fins de signer les tableaux de service et tous documents relatifs à la gestion des agents placés sous sa responsabilité (soignants, personnels de rééducation, personnels médico-techniques, assistantes sociales, diététiciennes).
- b) **Madame Claude LEMAIRE** reçoit également délégation de signature des correspondances avec les infirmiers libéraux liées au traitement des usagers et des Documents individuels de Prise en Charge (DIPEC) des usagers pour le SSIAD.

## **ARTICLE 7 - DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION DE L'ORGANISATION, PERFORMANCE ET STRATEGIE**

- a) **Monsieur Giacomo AMATO**, Directeur adjoint chargé des Organisations, de la Performance et de la Stratégie (DOPS), reçoit délégation de signature aux fins de signer, dans la limite de ses attributions, les correspondances et documents administratifs concernant sa direction.

## **ARTICLE 8 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX MEDICAMENTS ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

- a) **Madame Amandine PIERREFEU**, Chef de service de la pharmacie, et **Madame Hélène MACAIGNE**, Pharmacien adjoint, reçoivent délégation de signature aux fins d'engager, commander et réceptionner les dépenses afférentes aux achats pharmaceutiques.
- b) **Madame Amandine PIERREFEU** et **Madame Hélène MACAIGNE** bénéficient également d'une délégation de signature des marchés publics relatifs aux médicaments et dispositifs médicaux, dans les limites prévues par la délégation de signature octroyée par la Directrice de l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Champagne, en charge de la fonction de la fonction achat mutualisée en application de l'article L. 6132-3 du Code de la santé publique, pour lequel elles sont partiellement mises à disposition.

## **ARTICLE 9 - DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION FILIERE GERIATRIQUE, SYSTEMES D'INFORMATION ET COOPERATIONS TERRITORIALES**

- a) **Madame Odile NADIER**, Directrice adjointe chargée de la Direction Filière Gériatrique, Systèmes d'Information et Coopération Territoriales, reçoit délégation de signature, dans la limite de ses attributions, aux fins de signer les correspondances internes et externes relatives aux missions dévolues à cette direction, et les documents relatifs aux mesures de protection juridique des majeurs.

- b) En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Odile NADIER**, délégation de signature est donnée à **Monsieur Laurent LEMOUX**, Ingénieur Responsable de la Direction des Services Economiques, Techniques et Logistiques, aux fins de signer tous documents relatifs aux Systèmes d'information hospitalier.

#### **ARTICLE 10 - DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS**

- a) **Madame Véronique BUSSY-MALGRANGE**, Praticien responsable du service Gestion des Risques associés aux soins, reçoit délégation de signature aux fins de signer les documents relatifs à la démarche Gestion des Risques.
- b) En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Véronique BUSSY-MALGRANGE**, délégation de signature est donnée à **Madame Florence GEROMETTA**, Technicienne Gestion des Risques et du Risque Infectieux, aux fins de signer les documents relatifs à la démarche Gestion des Risques.

#### **ARTICLE 11 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES, TECHNIQUES, LOGISTIQUES ET BIOMEDICAL**

- a) **Monsieur Laurent LEMOUX**, Ingénieur en Chef hospitalier Responsable de la Direction des Services Economiques, Techniques, Logistiques, et biomédical, reçoit délégation de signature aux fins de signer, dans la limite de ses attributions, tous documents et correspondances concernant cette direction, ainsi que toutes commandes relevant des marchés passés par le groupement hospitalier de champagne.
- b) **Monsieur Laurent LEMOUX** reçoit délégation de signature des marchés publics dans les limites prévues par la délégation de signature octroyée par la Directrice Générale de l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire de Champagne chargé de la fonction achat mutualisée en application de l'article L. 6132-3 du Code de la santé publique, pour lequel il est partiellement mis à disposition.
- c) **Monsieur Michel MAILLARD**, responsable du pôle logistique reçoit délégation pour engager les dépenses relevant des marchés passés par le groupement hospitalier de champagne sur son champ de compétence dans la limite de 10 000 € HT.
- d) **Madame Fabienne DUHAMEL** reçoit délégation pour engager les dépenses relevant des marchés passés par le groupement hospitalier de champagne sur l'achat des mobiliers et équipements divers dans la limite de 5 000 € HT.
- e) En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Laurent LEMOUX**, délégation de signature est donnée à **Monsieur Franck NOEL**, Directeur adjoint chargé des Affaires Financières et de la Clientèle, pour signer tous documents et correspondances relatifs aux services Economiques.

#### **ARTICLE 12 – GARDES DE DIRECTION ET ASTREINTES**

- a) Délégation de signature est donnée à l'ensemble des délégataires visés au b), qui effectuent des gardes administratives, pour signer en lieu et place du Directeur, durant les seules périodes d'astreinte ou en cas d'empêchement du directeur normalement compétent, les documents nécessaires à la continuité de service, dans le respect des textes en vigueur, et notamment :
- Tous actes nécessaires à la gestion des malades, y compris les prélèvements d'organes ;
  - Tous actes nécessaires à la continuité du service public ou au respect du principe de continuité des soins ;
  - Tous actes conservatoires nécessaires à la sauvegarde des personnes et des biens et au maintien en fonctionnement des installations du GHSA ;
  - Les dépôts de plainte auprès des autorités de police et de justice.

b) Délégation est donnée à :

- Madame Odile NADIER, Directrice adjointe ;
- Monsieur Franck NOEL, Directeur adjoint ;
- Monsieur Giacomo AMATO, Directeur adjoint ;
- Madame Virginie MATTON, Directeur adjoint ;
- Madame Claude LEMAIRE, Coordinatrice générale des soins ;
- Madame Annick BOUFFEL, Directrice adjointe ;
- Madame Marie-Liesse LEININGER, Cadre supérieur de santé ;
- Madame Valérie CARPENTIER, Cadre supérieur de santé ;
- Madame Valérie PLARD, Attaché d'administration Hospitalière ;
- Monsieur Laurent LEMOUX Directeur adjoint.

#### ARTICLE 13 – EFFETS DE LA DECISION ET PUBLICATION

- a) La présente décision abroge et remplace toute décision antérieure de même nature.
- b) Elle est notifiée aux intéressés, affichée au sein de l'Établissement et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture des Ardennes.
- c) Elle est communiquée au Conseil de surveillance ainsi qu'au Trésorier de l'établissement.

#### ARTICLE 14 – RECOURS

En application des dispositions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative, cette décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne dans le délai de deux mois suivant sa notification.

Rethel, le 18 février 2021,



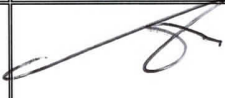

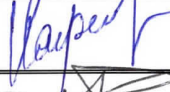


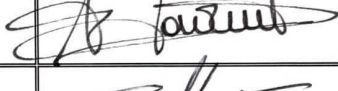

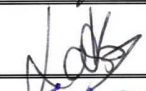
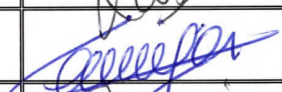
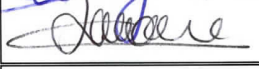



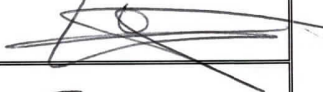
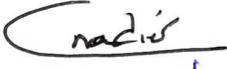

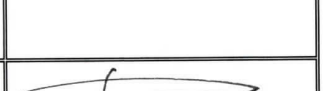

Le Directeur du Groupe Hospitalier Sud Ardennes



Elio MELIS



**Reçu à titre de notification la décision n° EM-2021/04 du 18/02/2021 portant délégation de signature**

NOM - PRENOM	FONCTION	SIGNATURE
M. MELIS Elio	Directeur du GHSA	
M. AMATO Giacomo	Directeur adjoint chargé des Organisations, de la Performance et de la Stratégie	
Mme BOUFFEL Annick	Directrice adjointe chargée des Ressources Humaines, des relations sociales et des Affaires médicales	
Mme BUSSY-MALGRANGE Véronique	Praticien responsable du service Gestion des Risques associés aux soins	
Mme CARPENTIER Valérie	Cadre supérieur de santé	
Mme DUHAMEL Fabienne	Adjoint des Cadres	
Mme GEROMETTA Florence	Technicienne Gestion des Risques et du Risque Infectieux	
Mme JOURNET Anne	Adjoint des Cadres	
Mme JUPPIN Christelle	Adjoint Administratif	
Mme LABBE Nathalie	Assistant Médico-Administratif	
Mme LEININGER Marie-Liesse	Cadre supérieur de santé	
Mme LEMAIRE Claude	Coordonnatrice Générale des soins	
M. LEMOUX Laurent	Ingénieur en Chef hospitalier Responsable de la Direction des Services Economiques, Techniques, Logistiques, et biomédical	
M. MAILLARD Michel	Responsable du pôle logistique	
Mme MATTON Virginie	Directrice adjointe chargée de la Direction de la Qualité, Communication et Affaires Générales	
Mme MACAIGNE Hélène	Pharmacienne	
Mme NADIER Odile	Directrice Adjointe en charge de la filière gériatrique, des coopérations territoriales et des systèmes d'information	
M. NOEL Franck	Directeur Adjoint chargé des Affaires Financières et de la Clientèle	
Mme ORTEGA Valérie	Adjoint Administratif	
Mme PIERREFEU Amandine	Pharmacienne	
Mme PLARD Valérie	Attachée d'Administration Hospitalière	

Préfecture 08

8-2020-07-15-00004

Décision portant nomination du Chef du Pôle 1

## Décision portant nomination de Chef de Pôle

VU la loi 2016-41 de modernisation du système de santé,

VU le code de la santé publique,

VU le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé ;

VU la délibération du Directoire du 6 octobre 2015 créant les Pôles au sein du Groupe Hospitalier Sud Ardennes ;

VU le décret n°2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de service et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé ;

VU la candidature de l'intéressé ;

VU la proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Sud Ardennes ;

**DECIDE de nommer, pour 4 ans, en qualité de chef du Pôle 1**

**Monsieur le Docteur Bassel MOHIEDDINE**

Fait à Rethel, le 15 juillet 2020



**Elio MELIS**

Préfecture 08

8-2020-07-15-00005

Décision portant nomination du Chef du Pôle 2

## Décision portant nomination de Chef de Pôle

VU la loi 2016-41 de modernisation du système de santé,

VU le code de la santé publique,

VU le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé ;

VU la délibération du Directoire du 6 octobre 2015 créant les Pôles au sein du Groupe Hospitalier Sud Ardennes ;

VU le décret n°2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de service et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé ;

VU la candidature de l'intéressé ;

VU la proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Sud Ardennes ;

**DECIDE de nommer, pour 4 ans, en qualité de chef du Pôle 2 – Médecine**

**Monsieur le Docteur Thomas ROSIER**

Fait à Reims, le 15 juillet 2020



Préfecture 08

8-2020-10-02-00004

Décision portant nomination du Chef du Pôle 4  
par intérim

## Décision portant nomination d'un Chef de Pôle clinique ou médico-technique

Le Directeur du Groupe hospitalier sud-Ardennes :

VU la loi 2016-41 de modernisation du système de santé,

VU le code de la santé publique, et en particulier ses articles D.6146-1 et R.6146-2,

VU le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé ;

VU la délibération du Directoire du 6 octobre 2015 créant les Pôles au sein du Groupe Hospitalier Sud Ardennes ;

VU le courrier d'accord de l'intéressée en date du 02 octobre 2020 ;

VU la proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Sud Ardennes en date du 02 octobre 2020 ;

### DECIDE

Article 1 : Madame le Docteur Hélène CAMU-MACAIGNE est nommée Chef de Pôle 4 par intérim, en remplacement de Madame le Docteur Amandine ALLEMAND-PIERREFEU **durant son absence pour maladie et congé de maternité**

Article 2 : La présente décision prend effet à compter du 27 août 2020 pour une durée égale à l'absence de Madame le Docteur ALLEMAND-PIERREFEU.

*Dans les deux mois suivant sa notification, la présente décision peut faire l'objet :*

- *d'un recours gracieux auprès de l'auteur de la décision ;*
- *d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Châlons en Champagne. (25 rue du Lycée, 51036 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX) dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie par requête remise ou envoyée auprès du greffe du Tribunal Administratif compétent, et également par l'application de « Télérecours citoyen » accessible à partir du site web « [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr) »*



Fait à Rethef, le 02 octobre 2020


Elio MELIS

Préfecture 08

8-2020-10-09-00009

Règlement intérieur du Groupe Hospitalier Sud  
Ardennes



	Type de document	Rédacteur
	Règlement intérieur	
	Référence	
	<b>G_DIR_RI_001_1</b>	
Annule et remplace	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES</b>	
<b>NA</b>		
Date d'application		
<b>09/10/2020</b>		Nombre de pages <b>123</b>

# REGLEMENT INTERIEUR DU GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES

<b>Présentation pour avis</b>			
<b>Instances</b>	<b>Dates</b>	<b>Signature</b>	
<b>Conseil de surveillance (avis)</b>	<b>09/10/2020</b>	<b>Le président du conseil de surveillance</b>	<i>Validé en instance Signé</i>

<b>Présentation pour information</b>			
<b>Instances</b>	<b>Dates</b>	<b>Signature</b>	
<b>Directoire (concertation)</b>	<b>06/10/2020</b>	<b>Le président du directoire</b>	<i>Concerté</i>
<b>Commission médicale d'établissement (consultation)</b>	<b>07/10/2020</b>	<b>Le président de la CME</b>	<i>Consulté</i>
<b>Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (consultation)</b>	<b>08/10/2020</b>	<b>Le secrétaire du CHSCT</b>	<i>Consulté</i>
<b>Comité Technique d'Établissement (consultation)</b>		<b>Le secrétaire du CTE</b>	
<b>Commission des Soins Infirmiers, de Rééducations et Médico-techniques (consultation)</b>		<b>Le représentant de la CSIRMT</b>	

<b>Validation de la forme AQ</b>	<b>09/10/2020</b>	<b>Directeur Qualité, communication, Affaires générales</b>	<i>Signé</i>
----------------------------------	-------------------	---	--------------

<b>Validation pour application</b>	<b>09/10/2020</b>	<b>Le Directeur du GHSA</b>	<i>Signé</i>
------------------------------------	-------------------	-----------------------------	--------------

**Document original validé et signé disponible  
A la Direction du GHSA**

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>3/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Sommaire</b>

PREAMBULE 6

CHAPITRE I. - LE GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES .....	7
I. A. <i>INTEGRATION DANS L'ORGANISATION REGIONALE DE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE</i> .....	8
I. B. <i>MISSIONS DU GHSA</i> .....	9
I. C. <i>PRINCIPES FONDAMENTAUX</i> .....	10
I. D. <i>LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE</i> .....	10
CHAPITRE II. - ORGANISATION DU GHSA .....	12
II. A. <i>LES INSTANCES</i> .....	12
ARTICLE 1. <i>LE DIRECTEUR</i> .....	12
ARTICLE 2. <i>LE DIRECTOIRE</i> .....	15
ARTICLE 3. <i>LE CONSEIL DE SURVEILLANCE</i> .....	16
ARTICLE 4. <i>LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)</i> .....	16
ARTICLE 5. <i>LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT (CTE)</i> .....	26
ARTICLE 6. <i>LE COMITE DE L'HYGIENE ET DE LA SECURITE DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)</i> .....	27
ARTICLE 7. <i>LES COMMISSION ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES</i> .....	28
ARTICLE 8. <i>LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES (CSIRMT)</i> .....	29
ARTICLE 9. <i>LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)</i> .....	30
ARTICLE 10. <i>LES ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES</i> .....	30
ARTICLE 11. <i>LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (CLUD)</i> .....	31
ARTICLE 12. <i>LE COMITE DE LIAISON ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)</i> .....	32
ARTICLE 13. <i>LE COMITE ETHIQUE</i> .....	32
ARTICLE 14. <i>LA CELLULE D'HEMOVIGILANCE</i> .....	32
ARTICLE 15. <i>LA COMMISSION DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES (COMEDIMS)</i> .....	32
ARTICLE 16. <i>LA COMMISSION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS (CLIAS)</i> .....	33
ARTICLE 17. <i>LE COMITE DE RETOUR D'EXPERIENCE (CREX)</i> .....	34
ARTICLE 18. <i>LA COMMISSION DES VIGILANCES ET DES RISQUES (COVIRIS)</i> .....	34
ARTICLE 19. <i>LA CELLULE D'IDENTITO-VIGILANCE</i> .....	35
ARTICLE 20. <i>QUALITE ET GESTION DES RISQUES</i> .....	36
ARTICLE 21. <i>LE SERVICE GESTION DES RISQUES ET RISQUES INFECTIEUX</i> .....	37
II. B. <i>ORGANISATION INTERNE DES SOINS</i> .....	38
ARTICLE 22. <i>LES POLES D'ACTIVITE CLINIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE</i> .....	38
ARTICLE 23. <i>LES STRUCTURES INTERNES DES POLES D'ACTIVITE</i> .....	39
ARTICLE 24. <i>LES CHEFS DE POLES</i> .....	40
ARTICLE 25. <i>LES CONTRATS DE POLES</i> .....	44
ARTICLE 26. <i>LES PROJETS DE POLES</i> .....	46
II. C. <i>L'ORGANISATION ET LA CONTINUITE SONT SOINS</i> .....	46
ARTICLE 27. <i>LA COORDINATION DES SOINS DISPENSES AUX MALADES</i> .....	46
ARTICLE 28. <i>LA DIRECTION DES SOINS ET LA COORDINATION GENERALE DES SOINS</i> .....	47
ARTICLE 29. <i>LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE (DIM)</i> .....	47
ARTICLE 30. <i>LA PHARMACIE HOSPITALIERE</i> .....	47
ARTICLE 31. <i>LES VIGILANCES</i> .....	48
CHAPITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS .....	49
III. A. <i>LES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT</i> .....	49
ARTICLE 32. <i>LE DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE</i> .....	49
ARTICLE 33. <i>LE DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE</i> .....	50
ARTICLE 34. <i>LE DROIT AU RESPECT DE LA VIE PRIVEE</i> .....	51
III. B. <i>LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES</i> .....	54
ARTICLE 35. <i>CONSULTATIONS EXTERNES</i> .....	54
ARTICLE 36. <i>CONSULTATIONS EXTERNES EN ACTIVITE LIBERALE</i> .....	54
ARTICLE 37. <i>TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES</i> .....	54
ARTICLE 38. <i>ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DU GROUPE HOSPITALIER</i> .....	55
ARTICLE 39. <i>CONSULTATIONS ET EXAMENS SUR REQUISITION</i> .....	55
III. C. <i>ADMISSIONS</i> .....	56
ARTICLE 40. <i>L'ACCUEIL DES MALADES</i> .....	56
ARTICLE 41. <i>MODE D'ADMISSION</i> .....	56
ARTICLE 42. <i>DECISION PREFECTORALE</i> .....	56
ARTICLE 43. <i>ADMISSION EN URGENCE</i> .....	56
ARTICLE 44. <i>INFORMATION DE LA FAMILLE</i> .....	57
ARTICLE 45. <i>CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE</i> .....	57
ARTICLE 46. <i>REFUS D'HOSPITALISATION DU MALADE</i> .....	57
ARTICLE 47. <i>REGIME D'HOSPITALISATION</i> .....	57
ARTICLE 48. <i>PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION</i> .....	57
ARTICLE 49. <i>LIVRET D'ACCUEIL</i> .....	58
ARTICLE 50. <i>DEPOT DES OBJETS</i> .....	58
ARTICLE 51. <i>RESTITUTION DES OBJETS</i> .....	58

<b>III. D. DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS.....</b>	<b>58</b>
ARTICLE 52. ADMISSION D'UN PATIENT MINEUR.....	58
ARTICLE 53. HOSPITALISATION SANS CARACTERE D'URGENCE.....	58
ARTICLE 54. HOSPITALISATION URGENTE.....	59
ARTICLE 55. HOSPITALISATION D'EXTRÊME URGENCE.....	59
ARTICLE 56. OBJET DE VALEUR.....	59
ARTICLE 57. MINEURS ET ACCOMPAGNATEURS.....	59
ARTICLE 58. ADMISSION D'UN ENFANT VICTIME DE MAUVAIS TRAITEMENTS.....	59
ARTICLE 59. DISPOSITIONS RELATIVES AUX MAJEURS PROTEGES.....	60
ARTICLE 60. DISPOSITIONS RELATIVES AUX MILITAIRES.....	61
ARTICLE 61. DISPOSITIONS RELATIVES AUX MALADES ETRANGERS.....	61
ARTICLE 62. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS RELEVANT DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE.....	61
ARTICLE 63. DISPOSITIONS RELATIVES AUX MALADES GARDES A VUE ET AUX DETENUS.....	62
ARTICLE 64. DISPOSITIONS RELATIVES AUX TOXICOMANES.....	63
<b>III. E. CONDITIONS DE SEJOURS.....</b>	<b>63</b>
ARTICLE 65. LES PRESTATIONS.....	63
ARTICLE 66. LES DROITS ET OBLIGATIONS.....	64
<b>III. F. SORTIES.....</b>	<b>67</b>
ARTICLE 67. LA SORTIE CLASSIQUE.....	67
ARTICLE 68. LA SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL.....	67
ARTICLE 69. LA SORTIE A L'INSU DU SERVICE.....	68
ARTICLE 70. LA SORTIE DISCIPLINAIRE.....	68
ARTICLE 71. LA SORTIE DES MINEURS EN COURS D'HOSPITALISATION.....	68
ARTICLE 72. LES FORMALITES DE TRANSFERT.....	68
ARTICLE 73. TRANSPORT EN AMBULANCE.....	68
ARTICLE 74. QUESTIONNAIRE DE SORTIE.....	69
ARTICLE 75. AGGRAVATION DE L'ETAT DU MALADE.....	69
<b>III. G. MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES PERSONNES HOSPITALISEES.....</b>	<b>69</b>
ARTICLE 76. CONSTAT DU DECES.....	69
ARTICLE 77. NOTIFICATION DU DECES.....	69
ARTICLE 78. INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE.....	70
ARTICLE 79. DECES D'UN RESSORTISSANT ETRANGER.....	70
ARTICLE 80. TOILETTE MORTUAIRE ET INVENTAIRE APRES DECES.....	70
ARTICLE 81. MALADIES CONTAGIEUSES.....	71
ARTICLE 82. PATIENTS INFECTES.....	71
ARTICLE 83. MESURES DE POLICE SANITAIRE.....	71
ARTICLE 84. TRANSPORT DE CORPS A RESIDENCE SANS MISE EN BIÈRE.....	71
ARTICLE 85. TRANSFERT DU CORPS EN CHAMBRE FUNERAIRE AVANT MISE EN BIÈRE.....	72
ARTICLE 86. TRANSPORT DE CORPS APRES MISE EN BIÈRE.....	72
ARTICLE 87. AUTOPSIE.....	72
ARTICLE 88. DON DU CORPS.....	72
<b>III. H. CONSENTEMENT ET INFORMATIONS DU PATIENT.....</b>	<b>72</b>
ARTICLE 89. CONSENTEMENT.....	72
ARTICLE 90. REFUS DE SOINS.....	73
ARTICLE 91. CONSENTEMENT AUX INTERVENTIONS MEDICALES ET CHIRURGICALES SUR DES MINEURS OU DES MAJEURS PROTEGES.....	73
ARTICLE 92. CONSENTEMENT DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE.....	74
ARTICLE 93. INFORMATION MEDICALE.....	74
ARTICLE 94. DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE.....	78
ARTICLE 95. LES DIRECTIVES ANTICIPEES.....	78
ARTICLE 96. TRAITEMENTS INFORMATIQUES ET DROITS D'ACCES.....	78
<b>CHAPITRE IV. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....</b>	<b>80</b>
<b>IV. A. 1 - LES PRINCIPES REGISSANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....</b>	<b>80</b>
ARTICLE 97. LE PRINCIPE DE CONTINUTE.....	80
ARTICLE 98. LE PRINCIPE D'EGALITE.....	81
ARTICLE 99. LE PRINCIPE DE NEUTRALITE.....	81
ARTICLE 100. LE PRINCIPE DE LAÏCITE.....	81
ARTICLE 101. LE PRINCIPE D'ADAPTABILITE.....	82
<b>IV. B. LES OBLIGATIONS LIEES AU RESPECT DU PATIENT.....</b>	<b>82</b>
ARTICLE 102. LES PRINCIPES GENERAUX RELATIFS A LA DEONTOLOGIE ET AUX OBLIGATIONS DU PERSONNEL.....	82
ARTICLE 103. LE DEVOIR DE BIENTRAITANCE.....	82
ARTICLE 104. LE DEVOIR D'ACCUEIL ET D'INFORMATION.....	83
ARTICLE 105. LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL.....	83
ARTICLE 106. L'OBLIGATION DE DISCRETION PROFESSIONNELLE.....	85
ARTICLE 107. LE DEVOIR DE RESERVE.....	85
ARTICLE 108. LE RESPECT DE LA LIBERTE DE CONSCIENCE ET D'OPINION.....	85
ARTICLE 109. LE RESPECT DU LIBRE CHOIX.....	86
ARTICLE 110. LE RESPECT DE LA DIGNITE.....	86
ARTICLE 111. LE RESPECT DE L'INTIMITE.....	86
<b>IV. C. LES REGLES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE.....</b>	<b>87</b>
ARTICLE 112. L'ASSIDUITE ET LA PONCTUALITE.....	87
ARTICLE 113. L'EXIGENCE D'UNE TENUE CORRECTE.....	87
ARTICLE 114. LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES.....	87
ARTICLE 115. L'IDENTIFICATION DES AGENTS.....	89

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>5/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Sommaire</b>

ARTICLE 116.	L'INTERDICTION D'EXERCER UNE ACTIVITE LUCRATIVE ET SES DEROGATIONS.....	89
ARTICLE 117.	L'OBLIGATION DE PREVENIR OU DE FAIRE CESSER LES SITUATIONS DE CONFLIT D'INTERETS .....	91
ARTICLE 118.	L'OBLIGATION DE DESINTERESSEMENT .....	92
ARTICLE 119.	L'INTERDICTION DE RECEVOIR DES AVANTAGES EN NATURE OU EN ESPECES .....	93
ARTICLE 120.	L'EXECUTION DES INSTRUCTIONS REÇUES.....	93
ARTICLE 121.	L'INFORMATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE .....	94
ARTICLE 122.	LES RELATIONS AVEC LES MEDIAS .....	94
ARTICLE 123.	L'AUDITION PAR LA JUSTICE, LA POLICE OU LA GENDARMERIE .....	94
ARTICLE 124.	L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT DES INCIDENTS ET EVENEMENTS INDESIRABLES .....	95
ARTICLE 125.	LE RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE .....	96
ARTICLE 126.	L'OBLIGATION DE DEPOSER LES BIENS CONFIES PAR LES PATIENTS OU TROUVES.....	96
ARTICLE 127.	L'OBLIGATION DE FORMATION .....	96
ARTICLE 128.	LE RESPECT DE LA CHARTE INFORMATIQUE.....	97
ARTICLE 129.	L'USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION PERSONNELS SUR LE LIEU DE TRAVAIL.....	97
ARTICLE 130.	LE RESPECT DE LA CHARTE GRAPHIQUE.....	98
ARTICLE 131.	INTERDICTION DE FUMER .....	98
ARTICLE 132.	LE BON USAGE DES BIENS DE L'ETABLISSEMENT.....	98
ARTICLE 133.	L'AFFICHAGE DANS L'ETABLISSEMENT .....	98
ARTICLE 134.	LES EFFETS ET BIENS PERSONNELS .....	98
<b>IV. D.</b>	<b>LES DROITS DES PERSONNELS.....</b>	<b>99</b>
ARTICLE 135.	LA LIBERTE D'OPINION .....	99
ARTICLE 136.	L'EGALITE DE TRAITEMENT ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES.....	99
ARTICLE 137.	L'EGALITE DE TRAITEMENT A L'EGARD DES TRAVAILLEURS HANDICAPES.....	100
ARTICLE 138.	LE DROIT SYNDICAL .....	100
ARTICLE 139.	LE DROIT DE GREVE .....	101
ARTICLE 140.	LE DROIT A L'EXPRESSION DIRECTE ET COLLECTIVE.....	102
ARTICLE 141.	LE DROIT A LA FORMATION PROFESSIONNELLE .....	102
ARTICLE 142.	LE DROIT D'ACCES AU DOSSIER ADMINISTRATIF .....	104
ARTICLE 143.	LA PROTECTION DES PERSONNELS .....	105
ARTICLE 144.	LA PROTECTION FONCTIONNELLE .....	107
<b>CHAPITRE V. LA SECURITE .....</b>		<b>108</b>
ARTICLE 145.	– LA NATURE ET L'OPPOSABILITE DES REGLES DE SECURITE .....	108
ARTICLE 146.	L'ACCES A L'HOPITAL .....	108
ARTICLE 147.	L'INTERDICTION DE DISSIMULER SON VISAGE DANS L'ESPACE PUBLIC .....	109
ARTICLE 148.	LE RESPECT DE LA TRANQUILLITE .....	109
ARTICLE 149.	LES PERSONNELS ET MATERIELS DE SECURITE GENERALE.....	109
ARTICLE 150.	LES RAPPORTS AVEC LES AUTORITES JUDICIAIRES .....	110
ARTICLE 151.	LES RAPPORTS AVEC LES AUTORITES DE POLICE.....	110
ARTICLE 152.	LES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES .....	111
ARTICLE 153.	LA SECURITE DES PERSONNES ET DU FONCTIONNEMENT.....	111
ARTICLE 154.	LA GARDE DE DIRECTION .....	112
ARTICLE 155.	L'ASTREINTE TECHNIQUE.....	113
ARTICLE 156.	LA SECURITE INCENDIE.....	113
ARTICLE 157.	LA SECURITE INFORMATIQUE.....	114
<b>CHAPITRE VI. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT .....</b>		<b>115</b>
ARTICLE 158.	VOIRIE HOSPITALIERE .....	115
ARTICLE 159.	CIRCULATION.....	115
ARTICLE 160.	STATIONNEMENT .....	115
ARTICLE 161.	STATIONNEMENT RESERVE AUX PERSONNES HANDICAPEES.....	115
<b>CHAPITRE VII. L'HYGIENE .....</b>		<b>116</b>
ARTICLE 162.	L'HYGIENE A L'HOPITAL.....	116
ARTICLE 163.	LES REGLES D'HYGIENE .....	116
<b>CHAPITRE VIII. LA PROCEDURE D'ADOPTION ET DE MODIFICATION ET LA VALEUR JURIDIQUE DU REGLEMENT INTERIEUR</b>		<b>117</b>
ARTICLE 164.	LA PROCEDURE D'ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	117
ARTICLE 165.	LA PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	117
ARTICLE 166.	LA VALEUR JURIDIQUE DU REGLEMENT INTERIEUR .....	117
ARTICLE 167.	LA COMMUNICATION DU REGLEMENT INTERIEUR .....	117
<b>CHAPITRE IX. ANNEXE .....</b>		<b>118</b>
<b>IX. A.</b>	<b>CHARTES DU PATIENT HOSPITALISE .....</b>	<b>119</b>
<b>IX. B.</b>	<b>LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE.....</b>	<b>122</b>
<b>IX. C.</b>	<b>COMPOSITION DU DOSSIER DU PATIENT.....</b>	<b>123</b>

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>6/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Préambule</b>

---

***PREAMBULE***

---

Le présent règlement intérieur du Groupe Hospitalier Sud Ardennes est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment ses *articles L.6143-1, L.6143-7-13°, R.6144-1, R.6144-40-6°*.

Il définit les règles de fonctionnement des établissements du Groupe Hospitalier Sud Ardennes propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des usagers, de l'ensemble des personnels de l'établissement et des entreprises extérieures, des étudiants et stagiaires, ainsi que de toute personne extérieure à l'hôpital.

Par ailleurs, au bénéfice du principe de liberté d'organisation de chaque établissement, la loi et les textes réglementaires confient au règlement intérieur de traiter certaines questions d'organisation interne de l'établissement et notamment la composition de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.), la composition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ou les modalités de nomination des responsables de structures internes.

Le règlement intérieur de l'établissement est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction.

Le Directeur du Groupe Hospitalier Sud Ardennes veille à l'exécution du présent règlement intérieur.

Sauf dispositions contraires mentionnées expressément, il s'applique à l'ensemble des établissements et services composant le Groupe Hospitalier Sud Ardennes. En particulier, les secteurs d'EHPAD (Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) et USLD (Unités de Soins de Longue Durée) disposent d'un règlement de fonctionnement spécifique.

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>7/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre I</b>

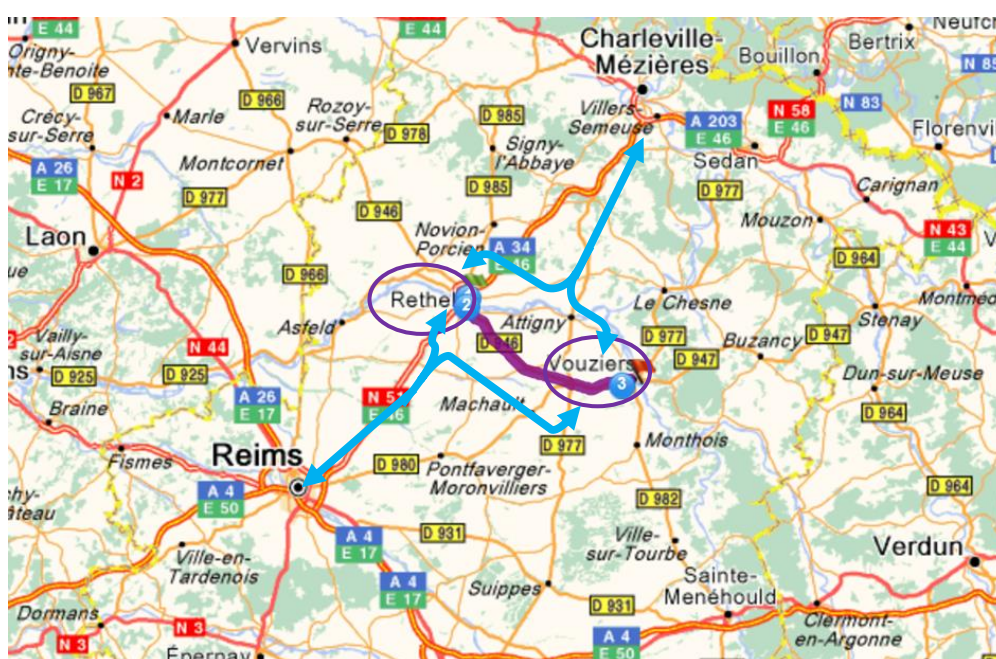
## CHAPITRE I. - LE GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES

Les Centres Hospitaliers de Rethel et Vouziers ont fusionné le 01 Janvier 2005 devenant un Centre Hospitalier Intercommunal dénommé Groupe Hospitalier Sud Ardennes (GHSA).

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

Son siège est fixé à Rethel (08300), au 1 place Hourtoule.

C'est donc un établissement multi-sites dont les deux implantations sont distantes de 30 kilomètres comme présenté sur la carte ci-dessous.



Les deux sites du GHSA sont également proches de la préfecture des Ardennes, Charleville-Mézières qui accueille un établissement public de grande taille et une polyclinique, et de Reims, sous-préfecture de la Marne accueillant un CHU et plusieurs cliniques.

Le GHSA dessert une population de 59 000 habitants (Rethel et Vouziers) avec une densité de 52 habitants/km<sup>2</sup> dans les Ardennes (273 000 habitants).

Le Groupe Hospitalier Sud Ardennes propose une offre de soins diversifiée en médecine, SSR, chirurgie, HAD. L'établissement dispose en outre d'une filière gériatrique complète concentrée autour d'une unité de soins de longue durée, d'un SSIAD et d'EHPAD. Il dispose d'un service d'Urgences et SMUR sur les deux sites. Il propose une offre de consultations diversifiée. Il dispose d'un service d'imagerie sur les deux sites et d'un scanner sur le site de Rethel. Le tableau ci-dessous présente les capacités d'hospitalisation du Groupe Hospitalier Sud Ardennes.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>8/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre I</b>

Nombre de lits	RETHEL	VOUZIERES	GHSA
Médecine (dont soins palliatifs)	36	24	60
Chirurgie Hospitalisation Complète	23	-	23
Chirurgie ambulatoire	8	-	8
Unité de Surveillance Continue	6	-	6
Lits portes	4	2	6
<b>MCO</b>	<b>77</b>	<b>26</b>	<b>103</b>
<b>SSR</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>46</b>
<b>USLD - SMTI</b>	<b>-</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>EHPAD</b>	<b>124</b>	<b>175</b>	<b>299</b>
<b>HAD</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
<b>SSIAD</b>	<b>-</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>353</b>	<b>576</b>

Le Groupe Hospitalier Sud Ardennes dispose de :

- 🔗 103 lits de MCO dont 5 lits identifiés soins palliatifs sur le site de Rethel et 4 lits sur le site de Vouziers dans les services de médecine
- 🔗 46 lits de SSR
- 🔗 20 lits d'USLD
- 🔗 299 lits d'EHPAD
- 🔗 18 places de HAD
- 🔗 90 places de SSIAD

LE GHSA compte environs 600 professionnels et 50 praticiens.

#### **I. A. INTEGRATION DANS L'ORGANISATION REGIONALE DE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

Dans le cadre de l'instauration des GHT, le GHSA s'inscrit dans une dynamique de coopération renforcée avec les établissements hospitaliers et médicosociaux publics de son secteur.

Il travaille notamment avec le Centre Hospitalier Universitaire de Reims, le Centre Hospitalier de Chalons en Champagne et le Centre Hospitalier d'Épernay dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire n°2 comprenant le Sud Ardennes et la Marne, dans lequel le CHU de Reims est l'établissement support.

Cette coopération vise à instaurer une stratégie de prise en charge publique articulée autour de filières de soins identifiées et organisées, afin d'assurer un égal accès à des soins sécurisés et de qualité à la population du territoire Marne et Sud-Ardennes.

Ces GHT assurent la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical et un projet de soins partagés garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire, qui scelle les bases de la coopération entre les différents partenaires, a été adoptée en juillet 2016. Elle définit son projet médical partagé, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement et détermine les compétences déléguées à l'établissement support.

Le projet médical partagé décrit la stratégie médicale du GHT et notamment les objectifs médicaux, les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée, ainsi que les principes d'organisation des activités au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement. Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie, ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>9/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre I</b>

établissements parties au groupement ont la possibilité de créer des pôles interétablissements. Ils peuvent aussi conclure une convention de laboratoire commun.

La désignation de l'établissement support doit être approuvée par les deux tiers des Conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut d'accord, il est désigné par le Directeur Général de l'A.R.S., après avis du Comité territorial des élus locaux. L'établissement support assure pour le compte des établissements du G.H.T. la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent (en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement), la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, la fonction achats, ainsi que la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

#### Textes de référence

- *Code de la santé publique : Articles L.6132-1 à L.6132-7 modifiés par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation du système de santé.*
- *Articles du Code de la santé publique créés ou modifiés par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire : R6132-1 à R6132-21 ; R6113-3 ; R6113-6 ; R6113-8 ; R6113-11-1 à 3 ; R6146-9-3.*

#### **I. B. MISSIONS DU GHSA**

En application des textes législatifs et réglementaires et notamment de *la loi 2002.303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, le GHSA a pour missions :

- ✓ D'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient
- ✓ De participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention
- ✓ De participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire
- ✓ D'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire
- ✓ De mener, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale
- ✓ De dispenser avec ou sans hébergement des soins de courte durée ou des soins concernant les affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie
- ✓ De dispenser ses soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion
- ✓ De dispenser des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Le Groupe Hospitalier Sud Ardennes concourt :

- ✓ A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- ✓ A la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la formation dans leurs domaines de compétence
- ✓ Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination
- ✓ Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente. L'établissement est classé en SAU (Service d'Accueil et de Traitement des Urgences) sur son secteur de référence
- ✓ A 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, dans une dynamique de réseaux.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>10/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre I</b>

### **I. C. PRINCIPES FONDAMENTAUX**

Le GHSA est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins. Il est ouvert à toutes les personnes dont l'état requiert ses services. Il doit être en mesure de les accueillir de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans une autre structure de soins.

Il dispense aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veille à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement.

A cette fin, il oriente les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation.

Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne les soins.

L'établissement ne peut organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les personnels du GHSA dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

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

Il garantit en outre la participation des représentants des usagers du système de santé.

L'établissement :

- ✓ Développe une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ;
- ✓ Fait l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification, afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- ✓ Assure le suivi et l'analyse de son activité selon les règles définies dans le cadre de sa gouvernance interne.

#### Textes de référence

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 99)
- Code de la santé publique : Articles L.6141-2 ; L6142-1 ; L6111-1 ; L6111-1-1 à 4 ; L6111-2 à L6111-7 ; L6112-1 à L6112-9 ; L6113-1 à L6113-8.

### **I. D. LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE**

Le GHSA applique la Charte de la personne hospitalisée et conformément aux textes en vigueur, cette dernière est portée à la connaissance du public et du personnel, par inclusion dans les livrets d'accueil et affichage dans l'ensemble des services de l'établissement des onze points ci-après :

- ✓ Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- ✓ Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>11/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre I</b>

- ✓ L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- ✓ Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans les directives anticipées.
- ✓ Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- ✓ Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquences sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- ✓ La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- ✓ La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- ✓ Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- ✓ La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- ✓ La personne hospitalisée peut s'exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des usagers veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Le GHSA applique également la charte de l'enfant hospitalisé et celle des droits et libertés de la personne âgée dépendante.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>12/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

## CHAPITRE II. - ORGANISATION DU GHSA

### II. A. LES INSTANCES

La loi n° 2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », dite loi « H.P.S.T. » a instauré une territorialisation des politiques de santé et mis en place une nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, avec une séparation de la gestion, qui incombe au Directeur assisté du Directoire, et du contrôle, qui relève du Conseil de Surveillance. Par ailleurs, le rôle de la Commission Médicale d'Etablissement a été renforcé et son Président est un véritable coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le Directeur. L'établissement est doté de nombreuses autres instances destinées notamment à représenter les personnels et à gérer les relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge.

#### Article 1. **Le directeur**

Le Directeur dispose de très larges compétences dans la conduite de l'établissement qu'il exerce en propre ou après concertation du Directoire.

##### 1.1. Attributions

###### 1.1.1. *Compétence générale dans la conduite de l'établissement*

Le Directeur, Président du Directoire, dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement (*article L6143-7 du Code de la santé publique*). Il règle les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent des compétences du Conseil de surveillance énumérées à l'*article L. 6143-1* et autres que celles qui impliquent une concertation avec le Directoire.

A ce titre, le Directeur :

- ✔ Assure la conduite de la politique générale de l'établissement ;
- ✔ Représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;
- ✔ Agit en justice au nom de l'établissement ;
- ✔ Exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art ;
- ✔ Est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement ;
- ✔ Peut déléguer sa signature ;
- ✔ Possède le pouvoir de transiger ;
- ✔ Participe aux séances du Conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

###### 1.1.2. *Compétences de gestion après concertation du directoire*

Après concertation avec le Directoire dont il assure la présidence, le Directeur :

- ✔ Conclut avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) mentionné à l'*article L. 6114-1* ;
- ✔ Décide, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il élabore le projet médical avec le Président de la Commission Médicale d'établissement ;
- ✔ Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- ✔ Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>13/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- ✓ Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et ceux des activités médico-sociales ;
- ✓ Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- ✓ Arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après avis du Président de la CME et signe les contrats de pôle d'activité avec les Chefs de pôles. Les contrats sont contresignés par le Président de la CME, en application de l'article L. 6146-1 ;
- ✓ Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- ✓ Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L.6148-3 ;
- ✓ Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- ✓ Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- ✓ Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- ✓ A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- ✓ Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
- ✓ Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;
- ✓ Soumet au Conseil de Surveillance les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7.

### 1.2. Pouvoir de nomination

Le Directeur dispose du pouvoir de nomination dans l'établissement pour :

- ✓ Le personnel non médical, à l'exception du personnel de direction, nommé par le Directeur Général du Centre National de Gestion de la fonction publique hospitalière ;
- ✓ Les membres du Directoire, à l'exception des membres de droit, après information du Conseil de surveillance ;
- ✓ Les Chefs de pôle et leurs collaborateurs. (Cf article 4, paragraphe 4.4.3) ;
- ✓ Les Responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles. (Cf article 4, paragraphe 4.4.3).

### 1.3. Pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation

Le directeur dispose du pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation en ce qui concerne :

- ✓ les membres de l'équipe de direction. Il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination des Directeurs adjoints et Directeur des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions ;
- ✓ Sur proposition du Chef de pôle ou, à défaut, du Responsable de la structure interne, et après avis du Président de la commission médicale d'établissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du Président de la Commission médicale d'établissement est communiqué au Directeur Général du Centre National de Gestion.

Le présent alinéa n'est pas applicable aux praticiens placés en position de remplaçant en application de l'article L. 6152-1-1 créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 136). Cet article encadre



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>14/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

le recours à l'intérim médical. Il prévoit que pour assurer des missions de remplacement temporaire au sein des établissements publics de santé, les praticiens titulaires relevant du 1° de l'article L. 6152-1 (praticiens hospitaliers médecins, odontologistes et pharmaciens) peuvent, sur la base du volontariat, être placés en position de remplaçant dans une région auprès du Centre national de gestion, dans des conditions et pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat. Le Centre national de gestion exerce à l'égard de ces praticiens remplaçants toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination et les rémunère lorsqu'ils sont placés en position de remplaçant. Les conditions dans lesquelles l'établissement public de santé rembourse au centre national de gestion les dépenses exposées à ce titre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Corrélativement, l'article L6143-3, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, précise que les établissements publics de santé (EPS) peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et l'EPS et contrat de travail, dit « contrat de mission » entre le praticien et l'entreprise de travail temporaire). Les entreprises d'intérim mentionnées à l'article L. 1251-1 du code du travail attestent auprès des établissements de santé, avant le début de la mission de travail temporaire du professionnel proposé, que ce dernier est régulièrement autorisé à exercer. Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire.

#### 1.4. Pouvoir d'admettre par contrat des professionnels libéraux

Le Directeur peut, sur proposition du Chef de pôle, et après avis du Président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral autre que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

#### 1.5. Pouvoir général de police

Le Directeur dispose d'un pouvoir général de police, en particulier pour faire respecter les dispositions du présent Règlement Intérieur.

#### 1.6. Permanence Administrative

Compte tenu de l'impératif de continuité de service public, le Directeur organise une permanence administrative en dehors des heures de service. Le directeur « de garde » est joignable en permanence. Il est joint par l'intermédiaire du Bureau des entrées.

#### 1.7. Nomination

Le Directeur du GHSA est nommé par décret sur le rapport du Ministre chargé de la Santé.

Après avis du Président du Conseil de surveillance, le Directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, si elle relève de la fonction publique hospitalière, être placée en situation de recherche d'affectation après avis de la Commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1 du CSP.

En cas de mise sous administration provisoire mentionnée à l'article L. 6143-3-1, le Directeur de l'établissement est placé en recherche d'affectation auprès du CNG. L'avis de la Commission Administrative Paritaire Nationale (C.A.P.N.) n'est pas alors requis. Le placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des Directeurs des soins.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>15/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

### 1.8. Permanence de l'autorité administrative

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier, d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement, de gérer tout événement imprévu ou exceptionnel et de faire face aux urgences, une permanence de la fonction de direction est organisée par le Directeur. Pour cela, il habilite des membres de l'équipe de direction et les attachés d'administration à exercer des gardes de direction et leur donne délégation de signature pour les mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde.

Un tableau de garde est établi et signé par le Directeur. Il fait apparaître nominativement la liste des directeurs de garde, avec indication des jours et plages horaires pendant lesquels ils assurent la permanence de la direction générale.

En sa qualité de représentant du chef d'établissement, le Directeur de garde est, pendant sa garde et par délégation, investi de domaines relevant de la compétence et de la responsabilité du Directeur. Il demeure soumis aux prérogatives et à l'autorité hiérarchique du Directeur.

Les rôles et missions de l'administrateur de garde est décrit dans la procédure : G\_DIR\_PRC\_006

#### Textes de référence

- *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements ou de structures internes*
- *Code de la santé publique : Articles L6143-2-1 ; L.6143-7, L.6143-7-2, L.6143-7-4, L.6143-7-5, L6144-4 ; L6144-6-1 ; L6145-1 à L6145-5 L.6146-1 ; D 6143-33 à D 6143-37-1 et R6143-16*

## **Article 2. Le directoire**

Depuis la parution de la loi du 21 juillet 2009 réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le directoire s'est substitué à l'ancien conseil exécutif.

Présidé par le Directeur, le directoire du GHSA comprend 7 membres :

- ✓ 3 membres de droit :
  - Le Directeur du GHSA,
  - Le Président de CME
  - Le Président de CSIRMT
- ✓ 4 membres nommés par le directeur du GHSA dont 3 sur proposition de la CME pour les membres appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique et le directeur des ressources humaines et affaires médicales
- ✓ Le directoire associe également des membres invités en fonction des sujets à l'ordre du jour.

Nul ne peut être membre du Directoire s'il est membre du Conseil de Surveillance. Par dérogation à cette incompatibilité générale, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, vice-Président du Directoire est membre du Conseil de Surveillance, avec voix consultative.

Le mandat des membres du Directoire nommés par le Directeur est de quatre ans.

Le mandat d'un membre du Directoire prend fin lorsque son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il en était membre.

Il prend également fin lors de la nomination d'un nouveau Directeur.

Un membre du Directoire nommé par le Directeur peut démissionner de ses fonctions au sein du Directoire. Cette démission prend effet lorsque le Directeur aura procédé à son remplacement.

Le Directeur peut révoquer les membres du Directoire qu'il a nommé. Il en informe alors le Conseil de Surveillance.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>16/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Le directoire a notamment pour missions d'appuyer et de conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, le directoire est un lieu d'échange des points de vue des professionnels gestionnaires, médicaux et soignants, qui doit permettre d'assurer une plus grande cohérence entre les stratégies de pôles et la stratégie d'établissement notamment à travers les contrats de pôles.

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur convocation de son Président.

Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur du Directoire G\_DIR\_RI\_001

Textes de référence

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)
- Code de la santé publique : Articles L6143-1-6° ; L6143-7 ; L6143-7-4 ; L6143-7-5 modifié ; L6143-8 ; D6143-35-1 à D 6143-35-5

**Article 3. Le conseil de surveillance**

Instance décisionnelle, le conseil de surveillance est composé de :

- ✓ 15 membres avec voix délibérative répartis en trois collèges, de 5 personnes chacun, où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants des usagers. Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées ;
- ✓ 3 membres avec voix consultative : le vice-président du directoire du GHSA, le Directeur général de l'ARS Grand Est ; le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du département des Ardennes

Le conseil de surveillance voit ses missions recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement en délibérant sur le projet d'établissement, l'appartenance à un Groupement Hospitalier de Territoire, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel d'activité, les conventions conclues entre l'établissement et un membre du directoire ou du conseil de surveillance, les statuts de fondations hospitalières. Il émet des avis concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de prise en charge des usagers, concernant les acquisitions et les aliénations ou échanges d'immeubles, les baux supérieurs à 18 ans, les baux emphytéotiques ainsi que les contrats de partenariat. Enfin il est informé sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et sur le programme d'investissement.

Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur du Conseil de Surveillance : DIR\_RI\_002

Textes de référence

- Code de la santé publique : Articles L.6143-1 ; L6143-3-1 à L6143-6 L 6143-6 R 6143-1 à R 6143-16

**Article 4. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)**

**4.1. Matières pour lesquelles la CME est consultée**

Préalablement à toute décision, le directeur demande l'avis de la CME dans les domaines de compétences suivants :

- ✓ Le projet médical de l'établissement ;
- ✓ Le projet d'établissement ;
- ✓ Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- ✓ Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- ✓ Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- ✓ Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- ✓ Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- ✓ Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 CSP;





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>17/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- ✓ Les orientations stratégiques de l'Établissement et son plan global pluriannuel de financement
- ✓ Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 CSP et le cas échéant ses révisions
- ✓ L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 CSP. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- ✓ Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- ✓ La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- ✓ La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- ✓ La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- ✓ La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- ✓ La politique de formation des étudiants et internes ;
- ✓ La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- ✓ Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- ✓ La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2 CSP ;
- ✓ Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- ✓ Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- ✓ Le règlement intérieur de l'établissement ;
- ✓ Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

#### 4.2. Matières faisant l'objet d'une information à la CME

- ✓ 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

#### 4.3. Saisine pour examen

Sur demande de son président, la commission médicale d'établissement peut examiner toutes les questions que celui-ci lui soumet pour la bonne réalisation des missions que lui confie la loi en sa qualité de vice-président du directoire et, en particulier :

- ✓ Sur les questions d'ordre individuel :
  - Ses propositions pour la désignation dans les fonctions de chef de pôle ainsi que ses propositions de mettre fin aux fonctions des chefs de pôle dans l'intérêt du service ;
  - Ses propositions pour la désignation dans les fonctions de responsable de structure interne, ainsi que ses propositions de mettre fin aux fonctions de responsable de structure interne dans l'intérêt du service ;
  - Ses avis pour les emplois, les candidatures et les affectations dans les pôles de PH temps plein et de PH temps partiel ;
  - Ses avis pour les demandes de placement en position de recherche d'affectation des PH ;
  - Ses avis pour les demandes de sanction disciplinaire et de licenciement pour insuffisance professionnelle à l'encontre des PH ;
  - Ses avis pour l'admission de praticiens libéraux exerçant à titre libéral ;
  - Ses propositions pour le recrutement de praticiens contractuels ;
  - Ses avis pour le recrutement de praticiens attachés et attachés associés, assistants et assistant associés et cliniciens hospitaliers ;
- ✓ Sur les questions d'ordre institutionnel :
  - le plan pluriannuel d'investissement et ses révisions



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>18/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

#### 4.4. Compétences propres de la CME : attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

##### 4.4.1. *Cadre général, instances compétentes*

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par le biais des instances compétentes, mises en place sous l'égide de la CME et de son président, vice-président du directoire.

Ces instances sont :

- ✔ La sous-commission de la vie hospitalière, des structures et des effectifs médicaux
- ✔ La sous-commission du développement professionnel continu médical (DPC)
- ✔ Le Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS)
- ✔ Le comité de retour d'expérience (CREX)
- ✔ Le Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS)
- ✔ 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)

Ces instances conduisent leurs travaux avec la commission des usagers (CDU) et en lien étroit avec la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

Le directeur du GHSA nomme un coordinateur de la gestion des risques, en concertation avec le président de la CME.

Le directeur du GHSA et le président de la CME définissent conjointement, en concertation avec la CME et dans le respect de leurs attributions respectives, les modalités de coordination entre ces différentes instances.

La commission médicale d'établissement contribue également 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 = le Comité d'éthique
- ✔ L'évaluation de la prise en charge des patients et en particulier des urgences et des admissions non programmées
- ✔ L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
- ✔ Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité = la Commission d'organisation de la permanence des soins ;
- ✔ L'organisation des parcours de soins

##### 4.4.2. *Programme d'actions et rapport annuel*

Le programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi est proposé par la commission médicale d'établissement. Le bilan des actions d'amélioration est pris en compte pour l'élaboration du programme d'actions. La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration du programme d'actions. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

A cet effet, la commission médicale d'établissement :

- ✔ Contribue à la coordination de l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines mentionnés dans ses attributions et en particulier dans la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie ;



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>19/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- ✔ Contribue à la définition d'une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et à la mise en place d'un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ;
- ✔ Veille à la mise en place des démarches d'évaluation des pratiques et contribue à l'élaboration du plan de développement professionnel continu pour le personnel médical ;
- ✔ Veille à la mise en œuvre des objectifs et des engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité ;
- ✔ Donne un avis sur l'organisation des travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins ;
- ✔ Participe à la procédure de certification et propose des actions afin de répondre aux recommandations du rapport de certification ;
- ✔ Donne un avis sur les actions d'amélioration mises en œuvre suite à l'analyse des événements indésirables dont les infections associées aux soins et sur l'évaluation de leur efficacité. Elle peut promouvoir certaines de ces actions.

Le rapport annuel est élaboré par la commission médicale d'établissement. Il présente notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le programme d'actions et le rapport annuel d'activité sont soumis pour approbation au président du directoire. Ils sont transmis pour information à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, au comité technique d'établissement, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi qu'à la commission des usagers.

Le programme d'actions et le rapport annuel d'activité sont tenus à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

#### 4.4.3. COMPOSITION DE LA CME

##### ✔ **Nomination des chefs de pôle et des responsables de structure interne**

Les Chefs de pôle sont nommés, pour une durée de 4 ans, par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. En cas de désaccord, le directeur peut in fine nommer un praticien de son choix. Ce mandat est renouvelable. Les Responsables de structures internes des pôles sont nommés par le directeur, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de 4 ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

N'apparaissent plus dans les textes :

- La catégorie juridique propre des « chefs de service », mais elle peut être maintenue par le règlement intérieur de l'établissement
- Toutes les dispositions spécifiques (liste nationale d'habilitation, procédure de nomination)

##### ✔ **Membres avec voix délibérative**

Pour rappel, la composition de la CME des centres hospitaliers est fixée selon les dispositions législatives comme suit :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>20/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes en pharmacie, un représentant pour les internes en odontologie.

✓ **Membres de droit**

Sont membres de droit de la commission médicale d'établissement l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement.

✓ **Membres élus**

- 4 titulaires et 4 suppléants représentants des praticiens responsables de structures internes
- 8 titulaires et 8 suppléants représentants des praticiens hospitaliers titulaires
- 5 titulaires et 5 suppléants représentants des praticiens contractuels ou temporaires

✓ **Membres désignés**

Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes en pharmacie, un représentant pour les internes en odontologie.

✓ **Membres avec voix consultative**

Siègent avec voix consultative à la commission médicale d'établissement :

- Le directeur de l'Établissement ou son représentant
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Le praticien responsable de l'information médicale
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein
- Le praticien coordinateur de la gestion des risques et responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

✓ **Invités permanents**

- Le médecin responsable de la médecine du travail
- Le directeur qualité

#### 4.5. MODALITES DE DESIGNATION DES MEMBRES DE LA CME

##### 4.5.1. *Dispositions générales aux membres élus*

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, l'élection est acquise au doyen d'âge.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>21/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans les conditions prévues ci-dessus.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur du GHSA, par la voie d'un règlement électoral établi lors de chaque renouvellement.

A l'issue des opérations électorales, le directeur proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

#### 4.5.2. *Dispositions spécifiques par collège*

Pour l'élection des représentants des praticiens titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels :

- ✓ Sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections, se trouvent en position d'activité ou de congé dans chacun des collèges et catégories concernés et effectuent au moins 3 demi-journées hebdomadaires au GHSA
- ✓ Sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs, à l'exception :
  - Des praticiens associés
  - Des personnels en congé pour raison de santé depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales
  - Des personnels affectés dans un établissement extérieur au GHSA en vertu des dispositions prévues par la réglementation

#### 4.6. ORGANISATION INTERNE DE LA CME

##### 4.6.1. *Présidence et vice-présidence*

La commission élit en séance son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au deuxième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

De façon dérogatoire, compte tenu de la démographie médicale de l'établissement, le Président de la commission médicale d'établissement pourra être désigné en qualité de chef de pôle.

Les fonctions de président de commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le nombre de mandats successifs est limité à deux. Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement prennent fin sur présentation, par celui-ci, de sa démission au directeur du GHSA ou au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président dans les conditions prévues ci-dessus.

Le président assure l'organisation des activités et la direction des débats de la commission médicale d'établissement et il la représente.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>22/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

#### 4.6.2. Bureau

Le bureau de la commission médicale d'établissement est composé du président et du vice-président de la commission ainsi que des présidents des sous-commissions et de tout autre membre proposé par le président et approuvé par la CME. Il est présidé par le président de la CME.

Le bureau de la commission médicale d'établissement a comme mission de coordonner l'action des différents groupes de travail (sous-commissions de la CME et groupes de travail temporaires) et d'en faire la synthèse en vue de préparer les avis et les vœux qui seront émis par la commission. Le bureau n'a pas de pouvoir de décision.

Le bureau est convoqué par le président avant chaque séance plénière ordinaire de la commission. Il peut également être convoqué en réunion extraordinaire à l'initiative du président ou de la moitié de ses membres.

Lors des réunions du bureau, le président peut inviter temporairement toute personne, appartenant ou non à la commission, susceptible d'aider le bureau dans la réalisation de sa mission.

#### 4.6.3. Chargés de mission

Pour effectuer une mission ponctuelle, le président de la commission peut proposer en séance plénière, après avis du directeur du GHSA et des membres du bureau, la nomination de l'un de ses membres comme chargé de mission.

Le chargé de mission reçoit du président de la commission une lettre de mission qui en définit avec précision la nature et la durée.

Le chargé de mission peut s'assurer du concours de toute personne qualifiée. Lorsque sa mission recoupe les attributions d'un ou de plusieurs groupes de travail, il sollicite leur avis. Il peut, à la demande du président de la commission, participer aux travaux du bureau pour la question dont l'étude lui a été confiée. Il remet ses conclusions au président de la commission dans les délais qui lui ont été impartis par sa lettre de mission.

#### 4.6.4. Groupes de travail de la CME

##### ☑ Généralités

Pour l'examen et l'instruction des dossiers soumis à la commission médicale d'établissement au titre de ses compétences ou sur demande de son Président en sa qualité de premier Vice-Président du Directoire chargé des affaires médicales, la commission médicale d'établissement peut s'appuyer sur les avis de groupes de travail permanents ou temporaires.

Les groupes de travail ont pour mission de préparer les travaux des réunions plénières ou restreintes de la CME en émettant des propositions. Ils n'ont pas pouvoir de décision.

##### ☑ Groupes de travail temporaires

Le président de la CME peut proposer en séance plénière, après avis du directeur du GHSA et des membres du bureau, la création et la dissolution de groupes de travail temporaires. Les groupes de travail temporaires ont pour mission d'étudier et de faire des propositions sur des thèmes spécifiques. La durée du travail des groupes temporaires est limitée dans le temps. Chaque groupe est automatiquement dissous à la clôture du projet pour lequel il a été formé, sur décision du président de la commission médicale d'établissement.

Le président et les membres des groupes de travail temporaires sont désignés selon les modalités prévues pour ceux des sous-commissions de la CME. Les présidents des groupes de travail temporaires n'appartiennent pas de droit au bureau de la CME. Ils peuvent, à la demande du



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>23/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

président de la CME, participer aux travaux de son bureau pour les questions dont l'étude leur a été confiée.

#### 📌 **Groupes de travail permanents (sous-commissions) de la CME**

Les groupes de travail permanents sont qualifiés de sous-commissions de la CME. Ils disposent d'un règlement intérieur décrivant leurs missions et modalités de fonctionnement.

Le président de chaque sous-commission puis, le cas échéant, le vice-président, sont élus par la commission médicale d'établissement au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Peuvent faire acte de candidature l'ensemble des praticiens titulaires siégeant à la CME.

Outre son président et, le cas échéant, son vice-président, chaque sous-commission comprend les membres désignés parmi et par l'ensemble des membres de la commission médicale d'établissement. Des professionnels non membres de la CME sont appelés à participer aux travaux des sous-commissions sur la base de leurs compétences ou de leur expertise.

Les sous-commissions de la CME se réunissent sur convocation de leur président, soit à leur initiative, soit à la demande du président de la CME ou de la moitié au moins des membres des sous-commissions concernées.

La convocation est assortie de l'ordre du jour.

A la demande de son président, chaque sous-commission peut entendre ou associer à ses travaux toute personne qualifiée.

#### 📌 **Liste et missions des sous-commissions de la CME**

##### 1) La sous-commission de la vie hospitalière, des structures et des effectifs médicaux. Cette sous-commission étudie :

- les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens du GHSA et aux conditions d'accueil des praticiens qui y sont recrutés
- les dossiers relatifs à la gestion collective et individuelle du personnel médical et à la gestion du temps de travail du personnel médical
- les projets concernant les structures internes aux pôles en cas de saisine de la CME et le suivi de l'activité par site et discipline

Cette sous-commission peut faire toute proposition pour l'amélioration des recettes et la sauvegarde de l'équité institutionnelle, apporter un éclairage médical de terrain sur les conséquences des décisions budgétaires et leurs mesures d'accompagnement.

##### 2) La sous-commission Développement Professionnel Continu Médical

La sous-commission Développement professionnel continu (DPC) médical définit la politique institutionnelle en matière de développement professionnel continu médical et instruit les dossiers relatifs au DPC médical, c'est-à-dire ce qui a trait à l'analyse des pratiques professionnelles, aux actions de formations médicales continues, aux congrès, à la mise à disposition des revues scientifiques, aux missions d'études à l'étranger, aux formations au management hospitalier (formation chefs de pôles, EMAMH ...).

Elle prépare la consultation de la CME sur le plan de DPC médical, notamment pour son impact sur l'excellence médicale et scientifique et pour sa contribution à la stratégie et à l'attractivité de l'institution.

Elle contribue à l'élaboration du plan de DPC médical en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle s'assure du respect de l'obligation de DPC par les praticiens (médecins, pharmaciens et sages-femmes).



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>24/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

La sous-commission Développement professionnel continu médical travaille en étroite collaboration avec les instances et directions compétentes pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et en coordination avec les autres instances et directions en charge du pilotage.

Les missions et modalités de fonctionnement des autres sous-commissions sont définies dans leur règlement intérieur.

### 3) Le Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS)

Coordonné par le coordonnateur de la gestion des risques désigné par le directeur en concertation avec le président de la CME et approuvé en directoire

### 4) Le comité de retour d'expérience (CREX)

Coordonné par le coordonnateur de la gestion des risques désigné par le directeur en concertation avec le président de la CME et approuvé en directoire

### 5) La sous-commission de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS)

Coordonnée par un praticien désigné par la CME

### 6) La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Coordonnée par un pharmacien désigné par la CME

### 7) Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Coordonné par un praticien désigné par la CME

### 8) Le comité liaison alimentation et nutrition (CLAN)

Coordonné par un praticien désigné par la CME

### 9) Le Comité d'éthique

Coordonné par un praticien désigné par la CME

#### *4.6.5. Représentation externe de la CME*

La CME désigne ou propose dans le respect de la réglementation les membres devant assurer sa représentation au sein des instances et commissions réglementaires et notamment :

- ✓ Le conseil de surveillance
- ✓ Le CHSCT
- ✓ Le CTE
- ✓ Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)
- ✓ La Commission de l'activité libérale
- ✓ La CSIMRT

## 4.7. FONCTIONNEMENT DE LA CME

### *4.7.1. Convocation et ordre du jour*

La commission médicale d'établissement se réunit sur convocation de son président. Les séances ordinaires ont lieu au moins 4 fois par an. Les séances extraordinaires sont convoquées à la demande soit du président de la commission, soit du tiers au moins de ses membres, soit du directeur du GHSA, soit du directeur général de l'agence régionale de santé.

L'ordre du jour est fixé, après consultation du directeur du GHSA, par le président ou, en cas d'empêchement, par le vice-président.





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>25/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

La convocation, l'ordre du jour et les documents de travail associés sont adressés aux membres de la commission qui y siègent avec voix délibérative ou consultative. Sauf urgence, ils sont adressés au moins sept jours à l'avance.

La commission peut faire appel à des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement de ses travaux.

#### 4.7.2. *Organisation des débats*

Le président dirige les débats de la commission. Il prend toute disposition utile pour en assurer le bon ordre, la discipline et la pluralité d'expression.

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 et présentées comme telles par le président, dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Les débats de la commission se rapportent, soit à des avis suivis de vote, soit à des informations non suivies de vote ; il appartient au président d'en décider à l'exception des cas où les dispositions législatives ou réglementaires imposent un vote. En outre, la commission peut émettre des vœux relatifs aux conditions de fonctionnement de l'établissement.

#### 4.7.3. *Secrétariat*

Le secrétariat de la commission est assuré à la diligence du directeur ou de son représentant. Il effectue l'envoi des convocations. Il fait remplir en début de séance la feuille d'émargement aux membres présents. Il rédige après la séance, le relevé des avis et éventuellement des vœux émis par la commission, ainsi que le procès-verbal des débats qui est adressé aux membres de la commission avant la séance plénière suivante en vue de son adoption, après validation du Président de la commission.

Une des tâches du secrétariat est de faire parvenir aux membres de la CME, en temps utile et dans toute la mesure du possible, tous les documents requis pour la préparation des réunions, en recourant notamment aux nouvelles technologies informatiques de diffusion de l'information (intranet).

Les membres de la commission, ainsi que les présidents des commissions médicales d'établissement locales reçoivent, par l'intermédiaire du secrétariat de la commission, le relevé des avis et vœux dans un délai maximum d'un mois après leur émission, et le procès-verbal une fois approuvé par la commission.

#### 4.7.4. *Quorum*

Pour pouvoir tenir valablement la commission médicale d'établissement en formation plénière, un minimum 9 membres avec voix délibératives doit être présent.

Lorsqu'après une convocation régulière, ce quorum n'a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. La commission médicale d'établissement se tient alors valablement quel que soit le nombre des membres avec voix délibérative présents.

#### 4.7.5. *Votes*

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

La commission médicale d'établissement vote à main levée sur les questions qui lui sont soumises par le président. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le vote à scrutin secret est toutefois de droit lorsqu'il est demandé par l'un des membres.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>26/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

L'organisation du vote est confiée au secrétariat de la commission. Pour chaque vote, les scrutateurs établissent le nombre des membres de la commission ayant voix délibérative présents au moment du vote ; le nombre d'entre eux qui ne prennent pas part au vote (abstentions), le nombre de ceux qui votent blanc (membres prenant part au vote mais refusant de manifester leur choix), le nombre de ceux qui votent nul (membres prenant part à un scrutin secret mais dont le bulletin est entaché d'une irrégularité), le nombre de suffrages exprimés. En cas de vote à scrutin secret, les bulletins sont distribués au moment du vote.

Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires particulières, les avis sont adoptés à la majorité simple. Si la majorité des membres présents en séance le décide, les avis pourront être adoptés à la majorité absolue au 1er tour de scrutin et à la majorité relative au 2ème tour de scrutin.

Les résultats du vote sont annoncés en séance par le président de la commission.

L'élection des membres de la commission médicale d'établissement appelés à siéger à ce titre dans d'autres instances représentatives à lieu au scrutin uninominal et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au 1er tour, un 2ème tour est organisé ; la majorité relative suffit au 2ème tour ; en cas de partage des voix, le plus âgé est élu.

#### 4.7.6. Formations restreintes

##### 📌 Dispositions générales

La commission siège en formation restreinte dans les cas où des questions individuelles sont soumises à son examen. Dans le cas où une question individuelle concerne un des membres de la commission, son examen doit avoir lieu hors sa présence. Il en est de même pour toute personne ayant avec lui un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au 4ème degré inclus.

Les séances en formation restreinte ordinaires ont lieu le même jour que les séances plénières ordinaires. Leurs modalités de convocation et de fonctionnement sont identiques à celles des séances plénières. L'ordre du jour est joint à celui des séances plénières.

Pour tout examen concernant les questions individuelles, seuls sont retranscrits au procès-verbal les extraits des positions arrêtées et non les débats qui les ont précédées.

##### 📌 Questions individuelles relatives aux personnels temporaires ou non titulaires et aux personnels contractuels ou exerçant à titre libéral

Assistent aux travaux de la formation restreinte :

- Les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel
- Les praticiens temporaires ou non titulaires et personnels contractuels ou exerçant à titre libéral

##### 📌 Questions individuelles relatives aux praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel

Assistent aux travaux de la formation restreinte :

- Les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel

Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement : G\_CME\_RI\_001.

### Article 5. Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Présidé par le directeur du GHSA, il est composé de représentants du personnel élus sur les listes syndicales.

Le comité technique d'établissement du GHSA comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, les représentants du personnel suivants :

- 📌 10 membres titulaires et 10 membres suppléants représentants du personnel.
- 📌 1 membre représentant la commission médicale d'établissement.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>27/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

A l'issue des élections, le directeur entérine la composition du comité technique d'établissement qui est portée à la connaissance du personnel par voie d'affichage.

Le comité élit parmi les membres titulaires :

- ♥ 1 secrétaire titulaire
- ♥ 1 secrétaire suppléant

En cas d'empêchement du secrétaire titulaire et du secrétaire suppléant, un deuxième secrétaire suppléant peut être désigné, en début de séance, pour assurer le secrétariat.

Il émet des avis ou formule des vœux sur le fonctionnement de l'hôpital et notamment sur : le projet d'établissement, l'EPRD, le rapport d'orientation et les comptes de résultats, le plan directeur, les travaux, le règlement intérieur, le plan de formation du personnel, le bilan social, les conditions et l'organisation du travail, le tableau des effectifs, leur répartition et les horaires pratiqués.

L'ordonnance du 2 mai 2005 a étendu le champ de compétence du CTE à l'ensemble des délibérations soumises au vote du conseil de surveillance (dans le cadre de l'article L.6143 du Code de la santé publique).

Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur du Comité Technique d'Etablissement : G\_CTE\_RI\_001.

## **Article 6. Le Comité de l'Hygiène et de la Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT)**

Le CHSCT est une institution représentative du personnel spécialisée dans les règles de santé et de sécurité au travail ainsi que dans les conditions de travail.

Le CHSCT a comme mission :

- ♥ de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'établissement, y compris ceux mis à la disposition de l'établissement par une entreprise extérieure et les travailleurs temporaires, et à l'amélioration des conditions de travail
- ♥ veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en matière d'hygiène et de sécurité et notamment à la procédure d'alerte en cas de constat d'un danger grave et imminent.

Présidé par le directeur du GHSA, le CHSCT est composé de 6 représentants du personnel titulaires qui votent les décisions ou les résolutions. Celles-ci doivent être adoptées à la majorité des membres présents. Le CHSCT est également composé de personnes qualifiées dont les voix sont consultatives (médecin du travail par exemple).

La délégation du personnel au C.H.S.C.T. comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants. Elle comprend :

- ♥ **Membres avec voix délibérative :**
  - Le Chef d'établissement, ou son représentant, Président
  - 6 représentants des personnels non médicaux (et 6 suppléants)
  - 1 représentant des personnels médicaux, représentant de la CME
- ♥ **Assistent également à la séance :**
  - Le médecin du travail ;
  - Le Directeur des Ressources Humaines et affaires médicales
  - Le directeur des affaires financières, économiques et de la patientèle
  - L'ingénieur chargé des services techniques et de la logistique
  - le coordonnateur général des soins infirmiers ou son représentant
  - Le directeur de la qualité Gestion des risques et affaires générales
  - Le directeur de la filière gériatrique, du système d'information et des coopérations territoriales
  - Le directeur de la performance



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>28/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- Le technicien de l'équipe opérationnelle d'hygiène et de la gestion des risques
- Un représentant de la CARSAT
- L'inspecteur du travail

Le CHSCT peut aussi faire appel à titre occasionnel au concours de toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée. Ces membres occasionnels ne sont présents en séance que sur le sujet sur lequel ils sont entendus et doivent quitter la séance avant le vote ou les débats sur un autre point de l'ordre du jour.

Les représentants des personnels non médecins sont désignés par les organisations syndicales existant dans l'établissement lors de la constitution ou du renouvellement du Comité.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueillies par chacune des organisations syndicales, dans l'établissement, à l'occasion du renouvellement du Comité technique d'établissement. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

L'inspecteur du travail a également la possibilité d'assister aux réunions du CHSCT, dont il doit être informé.

Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur du Comité de l'Hygiène et de la Sécurité des Conditions de Travail : G\_CHSCT\_RI\_001.

#### Textes de référence

- Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Code du travail art. L 4611-1 à L 4616-5 ; art. R 4615-1 à R 4615-21

### **Article 7. Les commission Administratives Paritaires Locales**

Les commissions administratives paritaires sont les instances de représentation des personnels titulaires de la fonction publique. Elles traitent des sujets relatifs aux carrières individuelles.

Les Commissions Administratives Paritaires sont compétentes sur toutes les questions individuelles concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement, sur lesquelles elles émettent un avis.

Elles sont également saisies, à la demande du fonctionnaire intéressé, des litiges d'ordre individuel relatifs aux conditions d'exercice du temps partiel et des décisions refusant des autorisations d'absence pour suivre une action de préparation à un concours administratif ou une action de formation continue.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales (C.A.P.L.) du GHSA sont instituées par le Conseil de Surveillance.

Elles sont au nombre de 5 :

#### ✓ **Corps de catégorie A**

- C.A.P. 2 : Personnel de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

#### ✓ **Corps de catégorie B**

- C.A.P. 5 : Personnel des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux

#### ✓ **Corps de catégorie C**

- C.A.P.7 : Personnel technique, ouvrier, conducteur automobile, conducteur ambulanciers et personnel d'entretien et de salubrité.
- C.A.P. 8 : Personnel des soins, des services médico-techniques et des services sociaux.
- C.A.P. 9 : Personnel administratif



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>29/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Les Commissions Administratives Paritaires Locales comprennent un nombre égal d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil de Surveillance, d'autre part des représentants élus par le personnel, selon les modalités prévues par le *décret n°2003-655 du 18 juillet 2003*.

Le nombre de représentants du personnel de chaque C.A.P. est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent (de 1 à 6 titulaires et autant de suppléants).

Les membres sont désignés pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé. Toutefois, lorsqu'une commission est créée ou renouvelée en cours de cycle électoral, les représentants du personnel sont élus dans les conditions prévues par le décret du 18 juillet 2003, pour la durée restant à courir avant le renouvellement général.

#### Textes de référence

- Décret n°82-451 du 28 mai 1982 relatif aux commissions administratives paritaires
- Décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n°2014-819 du 18 juillet 2014.

### **Article 8. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

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

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle 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.

#### ✓ **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 commission.

#### ✓ **Participent aux séances de la commission avec voix consultative :**

- Un représentant désigné de la Commission Médicale d'Etablissement
- Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.
- L'ensemble des cadres est invité au moins une fois par an, en fonction de l'ordre du jour

Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur du CSIRMT : G\_CSIRMT\_RI\_001.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>30/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

## Article 9. La Commission Des Usagers (CDU)

La CDU remplace la Commission des relations avec les usagers et de la qualité en prises en charges (CRUQP), sa principale mission est de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches.

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé rénove le fonctionnement de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et crée la Commission Des Usagers (CDU) qui doit être mise en place au plus tard le 1er Décembre 2016.

La Commission des usagers est composée

### De membres de droits

- Le directeur de l'établissement ou son représentant
- Un médiateur médical ou son suppléant désignés librement par le directeur d'établissement pour trois ans
- Un médiateur non médical ou son suppléant désigné librement par le directeur de l'établissement pour trois ans
- Deux représentants des usagers ou leurs suppléants, émanant d'associations agréés et désignés pour trois ans par le directeur général de l'ARS

### De membres invités permanents

- Le président de la CME ou son vice-président
- Des représentants du conseil de surveillance en qualité de personnalités qualifiées ou de représentants des collectivités locales
- Un représentant du CTE ou son suppléant
- Un représentant de la CSIRMT ou son suppléant
- Le directeur adjoint chargé de la qualité, gestion des risques, communication et affaires générale, en charge des relations avec les usagers

Le président et le vice-président sont élus par l'ensemble des membres de la commission, parmi les membres de droits. Leur mandat dure 3 ans, renouvelable 2 fois.

La présidence peut être attribuée à un des représentants des usagers

Les missions de la commission des usagers

- De l'examen des plaintes et réclamations
- De la participation à la définition de la politique de l'établissement. La commission des usagers participe à la définition de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

Son fonctionnement est décrit dans le règlement intérieur de la Commission des Usagers :G\_CDU\_RI\_001.

### Textes de référence

- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Articles 176 et 183) Décret n°2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Code de la Santé publique. : Articles L1112-3, R1112-79 à R1112-94 et R6132-11.*

## Article 10. Les Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

### 10.1. Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

Le conseil de la vie sociale est une instance de participation et de concertation destinée à associer les personnes accueillies et leurs familles au fonctionnement (art L.311-6 du code de l'action sociale et des familles) de l'établissement, sur sa partie médico-sociale.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>31/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Le conseil de la vie sociale est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement (art D.311-26 du code de l'action sociale et des familles).

Il émet des avis et peut faire des propositions sur :

- ✓ l'organisation intérieure et la vie quotidienne au sein des structures médico-sociales du GHSA ;
- ✓ les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques ;
- ✓ les projets de travaux et d'équipements, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture ;
- ✓ la nature et le prix des services rendus ;
- ✓ l'affectation des locaux collectifs ;
- ✓ l'entretien des locaux ;
- ✓ l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ses participants ;
- ✓ les modifications substantielles des conditions de prises en charge.

Son domaine de compétence est circonscrit par les dispositions du code de l'action sociale et des familles, la charte de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement des EHPAD et SMTI du GHSA.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement de fonctionnement du Conseil de vie sociale des EHPAD et du SMTI du GHSA, G\_OPC\_EHPAD\_RI\_002

#### 10.2. Le règlement de fonctionnement des EHOAD et SMTI du GHSA

Le présent document définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun.

Il est adopté par le Conseil de surveillance du Groupe Hospitalier Sud Ardennes après avis du Conseil de la Vie Sociale du conseil de surveillance et du comité technique d'établissement.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement de fonctionnement des EHPAD et du SMTI du GHSA, G\_OPC\_EHPAD\_RI\_001

*Textes de référence :*

- *Code de l'action sociale et des familles, article R311-35 à R311-37*
- *Décret 2003-1095 du 14 nov. 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L-311-7 du code de l'action sociale et des familles*
- *Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*
- *Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*

#### **Article 11. Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)**

Le CLUD définit la politique de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs au GHSA, qui apparaissent dans le projet d'établissement. Le CLUD est une force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et de communication, appelé à travailler en collaboration avec la Direction, les instances, les services de soins, la Pharmacie, pour améliorer la qualité de la prise en charge préventive, curative et palliative de la douleur aiguë ou chronique des patients du GHSA.

Le CLUD aide à la définition, à la promotion et à la mise en œuvre d'une politique de soins cohérente en matière de lutte contre la douleur

Dans ce sens, il propose à chacune des instances concernées les orientations les mieux adaptées qui doivent figurer dans le projet d'établissement

Il coordonne l'action des différentes parties prenantes, tant dans le domaine des soins que dans celui de la formation continue des personnels médicaux et non médicaux



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>32/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Il assure une mission d'observatoire de la prise en charge de la douleur dans l'établissement.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement Intérieur du CLUD : G\_CLUD\_RI\_01

### **Article 12. Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)**

Il participe par ses avis, propositions et actions à l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés dans tous les services du GHSA ou en EHPAD.

L'activité de restauration est externalisée pour les deux sites du GHSA. Les repas sont préparés par le Centre Hospitalier de Charleville Mézières et livrés ensuite au GHSA pour être servis aux patients.

Ses missions sont les suivantes :

- ✓ Évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition,
- ✓ Conseil en matière de politique d'achat et de gestion des crises alimentaires ou nutritionnelles,
- ✓ Sensibilisation des professionnels au dépistage de la nutrition et des problèmes nutritionnels,
- ✓ Préparation du programme annuel d'action en matière d'alimentation et de nutrition,
- ✓ Définition des actions de formation spécifiques à l'alimentation et à la prise en charge nutritionnelle des patients,
- ✓ Participation à la politique des vigilances et à la gestion des risques.

Le CLAN se compose de la coordinatrice des soins, de médecins, de diététiciennes et de professionnels soignants.

### **Article 13. Le comité éthique**

Le comité d'éthique est une instance pluridisciplinaire composée de professionnels du GHSA choisies pour leurs compétences ou leur intérêt pour les sujets éthiques. Il a pour vocation à identifier les problèmes éthiques qui se posent au sein de l'établissement et il promeut une formation à l'éthique médicale tant pour les membres du comité que pour l'ensemble des professionnels du GHSA. Il favorise les réflexions sur le sens du soin et produit des avis ou orientations à partir de cas concrets. Le comité diffuse en interne des recommandations de bonnes pratiques en lien avec les publications de la Haute Autorité de Santé. Le GHSA est membre de l'Espace de Réflexion Ethique Grand Est.

Des conférences débat public sont organisées chaque année au GHSA et dans d'autres établissements de santé partenaires, en lien avec les professionnels de l'Espace de Réflexion Ethique Grand Est.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement Intérieur du Comité Ethique : G\_CETH\_RI\_001

### **Article 14. La cellule d'hémovigilance**

La cellule d'hémovigilance remplace le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH). Il s'agit d'une cellule de vigilance sur les produits sanguins labiles (PSL) qui permet de garantir le renforcement en continu de la sécurité transfusionnelle au sein de l'établissement. Elle rend compte de son action à la Commission médicale d'établissement (CME).

« On entend par hémovigilance l'ensemble des procédures de surveillance organisées depuis la collecte du sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs, en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou indésirables résultants de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles en vue d'en prévenir l'apparition, ainsi que les informations sur les incidents graves ou chez les donneurs » (Article L 1221-1 du code de la santé publique modifié par le décret du 1er février 2006)

### **Article 15. La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)**

La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stérile (COMEDIMS) est rendue obligatoire par le décret du 26 décembre 2000 en application de la loi de santé du 8 décembre 1992.

Le COMEDIMS a pour principales missions de définir la politique de prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement, de promouvoir le bon usage du médicament au sein de l'établissement, d'assurer





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>33/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

la sécurité d'emploi des produits de santé dans un cadre d'assurance qualité pour prévenir le risque d'iatrogénie médicamenteuse.

La COMEDIMS est une sous-commission de la CME chargée de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (DMS). Il contribue à la maîtrise des dépenses et au bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles.

Le COMEDIMS est chargée d'élaborer le livret thérapeutique et les bonnes pratiques de recommandations thérapeutiques et évalue les actions qu'elle met en place et dont l'objectif est l'amélioration continue de la qualité des soins prodigués aux patients.

C'est une instance de concertation entre les médecins, les pharmaciens et les professionnels paramédicaux. Les membres sont :

- ✓ Le Président de COMEDIMS, élu en CME
- ✓ Le Président de CME
- ✓ Un représentant des pharmaciens
- ✓ Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- ✓ Un médecin représentant du site de Vouziers
- ✓ Un médecin représentant du site de Rethel
- ✓ Le médecin référent en antibiothérapie
- ✓ Le médecin DIM
- ✓ Le praticien de gestion des risques
- ✓ Un représentant de la commission des soins infirmier
- ✓ Le correspondant local de pharmacovigilance
- ✓ Le correspondant local de matériovigilance et réactovigilance
- ✓ Le référent contrat de bon usage,
- ✓ Le manager du risque médicamenteux
- ✓ Un représentant des préparateurs en pharmacie

Tout membre peut se faire représenter en cas d'absence.

Le directeur de l'établissement et le directeur de la qualité sont des membres avec voix consultatives du COMEDIMS.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement Intérieur de la COMEDIMS : G\_MED\_RI\_001

### **Article 16. La Commission de la Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS)**

La CLIAS est une instance obligatoire dans les établissements de santé depuis 1989. Elle a pour mission de coordonner la gestion du risque infectieux associée aux soins au sein de l'établissement au travers de la définition d'une politique générale de lutte contre les infections nosocomiales associées aux soins déclinée en programmes d'actions annuels mis en application par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) en lien avec les référents médicaux et paramédicaux désignés au sein de chaque service sur les deux sites.

La CLIAS est chargée d'émettre des avis, notamment lors de la réalisation de travaux d'aménagement des locaux ou lors de l'acquisition de nouveaux matériels pour prévenir la réalisation d'un risque infectieux.

La CLIAS rend compte de ses travaux à la Commission Médicale d'Etablissement.

Les membres permanents ci-dessous désignés constituent le bureau permanent de la sous-commission :

- ✓ Le responsable de la sous-commission de la CME, élu en son sein, et la représentant
- ✓ Le praticien en Gestion des risques et risque infectieux
- ✓ Les autres membres de l'EOH (infirmière en hygiène et technicienne en gestion des risques et hygiène)
- ✓ Le directeur Qualité
- ✓ Le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins.

Les membres ponctuels :



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>34/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Les experts des différents domaines de risques associés aux soins et notamment un pharmacien, le directeur des soins, sont régulièrement appelés à participer aux réunions du bureau de la sous-commission. En fonction de sa spécialité ou de son domaine d'intervention et des risques ou événements infectieux à l'ordre du jour, tout praticien, cadre, ingénieur ou responsable technique ou des services économiques ou financiers, un représentant des usagers peuvent également être appelés à y participer ainsi que tout autre professionnel.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement Intérieur de la SCLIAS : G\_GDR\_RI\_003.

### **Article 17. Le Comité de Retour d'Expérience (CREX)**

Les travaux du comité de retour d'expérience s'intègrent dans le management global et coordonné de la qualité et de la gestion des risques. Ils font l'objet d'un suivi organisé en lien avec la direction Qualité et le service gestion des risques.

Les objectifs opérationnels du CREX :

- Établir des enseignements en cas d'accident ou de presque accident pour améliorer les méthodes de travail et les mesures correctives ou palliatives mises en place, mettre en évidence les points faibles
- Reconnaître les expériences positives (respect des procédures, protocoles, préconisations des conférences de consensus ou les recommandations des sociétés savantes ou de la HAS...)

L'objectif des travaux du Crex est de tirer des recommandations utiles pour les actions futures afin de diminuer le nombre ou la gravité des événements indésirables.

Les membres permanents sont :

- ✓ Le directeur des soins,
- ✓ le directeur Qualité
- ✓ Un clinicien représentant la CME,
- ✓ le praticien en gestion des risques et risques infectieux
- ✓ la technicienne en gestion des risques
- ✓ le coordinateur des risques associés aux soins

Le Directeur du GHSA est invité permanent du CREX.

Les membres ponctuels sont des professionnels concernés par le processus ayant conduit à l'évènement à analyser : responsables médicaux, médecins, cadres de santé, paramédicaux, personnels techniques, biomédicaux, des pôles ou secteurs concernés, toute personne spécialiste dans le domaine d'activité concerné.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement Intérieur du CREX : G\_GDR\_RI\_001

### **Article 18. La Commission des Vigilances et des RISques (COVIRIS)**

La COVIRIS a pour mission de veiller à la diffusion des alertes sanitaires provenant du Ministère. Il s'agit d'évènements inhabituels ou anormaux présentant un risque potentiel pour la santé publique. Dans ce cadre, la COVIRIS organise le système d'alerte de l'établissement et évalue son fonctionnement.

La COVIRIS est aussi en charge du suivi des vigilances réglementées et de la mise en place de mesures correctives adaptées à toute défaillance du système, en lien avec la direction qualité et gestion des risques.

Font partie du comité des vigilances :

- ✓ Les correspondants ou référents des vigilances réglementaires (ou leurs suppléants) : hémovigilance, matériovigilance, identitovigilance, pharmacovigilance, réactovigilance, infectiovigilance
- ✓ Le coordinateur du comité de surveillance des chutes
- ✓ Le coordonnateur du Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
- ✓ Le coordonnateur du Comité de LUTte contre la Douleur



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>35/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- ✓ Le directeur Qualité, communication et affaires générales
- ✓ Le technicien gestion des risques et hygiène
- ✓ Le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins
- ✓ Le praticien en gestion des risques et risques infectieux
- ✓ Le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse

Le président ou le vice-président de la CME et le directeur des soins sont des invités permanents du comité des vigilances sanitaires, ils peuvent respectivement solliciter la présence d'un autre membre de la CME ou d'un cadre de santé.

La liste des membres est actualisée chaque année et fait l'objet d'une communication institutionnelle.

Son fonctionnement est décrit dans le Règlement Intérieur du COVIRIS : G\_GDR\_RI\_002

### **Article 19. La cellule d'Identito-vigilance**

La Cellule d'identito-vigilance est l'organe en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et des risques liés à l'identification des patients au sein d'un établissement de santé. Elle est l'instance qui met en œuvre la politique d'identification de l'établissement.

Ses missions sont les suivantes :

- ✓ Mettre en œuvre la politique d'identification du Groupe Hospitalier Sud-Ardenne ;
- ✓ Accompagner au quotidien, ou de manière régulière, le bureau des entrées et tous les autres services en charge de l'identification pour le traitement et le suivi des anomalies (doublons, collisions, ...) ;
- ✓ Gérer les problèmes liés aux actions d'identification du patient ;
- ✓ Transmettre les informations nécessaires aux autres domaines d'identification pour réaliser des rapprochements d'identités ;
- ✓ Alerter l'autorité de gestion de l'identification des éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification ;
- ✓ Produire, suivre et transmettre à l'autorité de gestion de l'identification les indicateurs qualités ;
- ✓ Elaborer les règles de gestion concernant les services de l'établissement ;
- ✓ Conduire des actions de formation, d'assistance et de sensibilisation aux politiques d'identification et de rapprochement auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement ;
- ✓ Rédiger des manuels de procédure ;
- ✓ Valider ou modifier les actions de rapprochement (mise à jour, fusions, modifications, éclatement) de l'identité, et en informer l'autorité de gestion des rapprochements qui les répercute dans l'infrastructure centrale et les diffuse à l'ensemble des domaines concernés.

Les membres sont :

- ✓ Praticien gestion des risques
- ✓ Médecin du département de l'information médicale
- ✓ Techniciens DIM
- ✓ Directeur de l'organisation, performance et stratégie, responsable des secrétariats
- ✓ Ingénieur réseau, responsable du service des systèmes d'information
- ✓ Exploitant réseau, référent applicatif, Service des systèmes d'information
- ✓ Coordonnateur des soins
- ✓ Référents des bureaux des entrées de Rethel et de Vouziers
- ✓ Les Chef de pôle des services de soins
- ✓ Directeur Qualité, Communication, et Affaires Générales

Son fonctionnement est décrit dans le règlement Intérieur de la Cellule d'identito-vigilance : G\_VIG\_IDENTITO\_RI\_001



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>36/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

## Article 20. Qualité et gestion des risques

Le groupe Hospitalier Sud Ardennes est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des patients en continu. **L'établissement est certifié par la Haute Autorité de Santé**, son rapport de certification est accessible sur le site internet de la HAS (<http://www.has-sante.fr>). Il participe aussi au recueil des indicateurs qualité nationaux dont les résultats sont consultables sur le site d'information Scope Santé (<http://www.scopesante.fr>).

### 20.1. Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)

La Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins au GHSA (PAQSS) est définie conjointement par le directeur et le président de la CME. Elle est portée à la concertation :

- ✓ du Conseil de surveillance
- ✓ du Comité Technique d'Etablissement (CTE)
- ✓ de la CSIRMT
- ✓ de la Commission des usagers

Le Président de la CME suit et évalue la PAQSS, dans ce cadre :

- ✓ il peut organiser des évaluations internes et veille à la mise en œuvre des engagements, qui résultent des inspections et de la certification, en vue d'améliorer la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'établissement.
- ✓ il présente au directoire le programme d'actions associé à la PAQSS.

### 20.2. Organisation du management stratégique de la qualité gestion des risques : le comité de pilotage qualité- certification (COFIL Qualité-Certification)

#### 20.2.1. *Les missions du COFIL Qualité-Certification*

- ✓ Valider les objectifs prioritaires et les principales actions à mettre en œuvre, à savoir :
  - Définir la politique qualité-gestion des risques
  - Suivre le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
  - Proposer au directeur la désignation des pilotes de l'ensemble des processus de l'établissement
  - Coordonner le pilotage de la procédure de certification
  - Valider les éléments de communication à mettre en place dans pour renforcer la connaissance des professionnels et des usagers dans les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- ✓ Evaluer les résultats de la démarche qualité-gestion des risques, à savoir :
  - Suivre et analyser les indicateurs qualité à caractère stratégique pour l'établissement
  - Evaluer les résultats de la démarche qualité-gestion des risques (résultats des évaluations, d'audits internes, résultats d'audits externes) et adapter, en conséquence, les plans d'actions définis.
  - Actualiser et évaluer la mise en œuvre du Programme d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- ✓ Proposer des axes d'amélioration, à savoir :
  - Participer à la définition des programmes de formation relatifs à la qualité et à la gestion des risques.
  - Proposer des actions dans le cadre des démarches qualités et gestion des risques.

#### 20.2.2. *Composition du COFIL Qualité-Certification*

- ✓ **Les membres permanents :**
  - Le Président : Directeur de l'établissement



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>37/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- Le Vice-président : Président de la CME
- Les chefs de pôle
- Les directeurs d'appui des pôles
- Le coordonnateur des soins
- Le Directeur des Ressources Humaines
- Les cadres de pôle : Pôle 1-Pôle 2-Pôle 3
- Un représentant des usagers nommé par la Commission des Usagers

✓ **Les membres invités permanents :**

- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Le Directeur en charge de la qualité, gestion des risques
- La technicienne en charge de la gestion des risques

**20.2.3. La cellule restreinte de coordination qualité gestion des risques**

La mission de cette cellule est d'accompagner le COFIL Qualité Certification dans sa démarche en coordonnant l'action des différents acteurs.

Les missions de la cellule :

- ✓ Accompagner la démarche opérationnelle de certification
- ✓ Proposer les orientations de la politique qualité gestion des risques au comité de pilotage en identifiant les risques au sein de l'établissement et en priorisant les actions à mettre en place
- ✓ Elaborer en lien avec la CME, et proposer au comité de pilotage le programme d'action pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité associés aux soins.
- ✓ Mobiliser les sous-commissions de la CME dans le cadre de la démarche d'amélioration continue la qualité et la sécurité des soins
- ✓ Identifier et proposer au directeur et au président de la CME, les pilotes de processus/thématiques dans le cadre du compte qualité
- ✓ La cellule de coordination qualité certification travaille en lien étroit avec le CREX et le COVIRIS.

La cellule de coordination se compose :

- ✓ Du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- ✓ Du Praticien en Gestion des risques et risques infectieux
- ✓ Du Directeur en charge de la qualité, des relations avec les usagers, de la communication et des affaires générales.
- ✓ Du technicien gestionnaire des risques
- ✓ De l'assistant qualité

La cellule est élargie aux experts et personnes ressources en fonction des sujets/thématiques abordées en séance.

**20.2.4. Le rôle d'appui méthodologique de la Direction Qualité, Communication, Affaires Générales**

La Direction Qualité, Gestion des Risques dispose d'un rôle d'appui méthodologique pour accompagner la mise en œuvre de la démarche qualité-gestion des risques au sein de l'établissement, à savoir :

- ✓ Aide au pilotage stratégique
- ✓ Coordination du pilotage opérationnel
- ✓ Appui opérationnel du terrain

**Article 21. Le service Gestion des risques et risques infectieux**

Le service est composé :

- ✓ D'un praticien en gestion des risques et risques infectieux ;
- ✓ D'un technicien en gestion des risques et hygiène



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>38/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

♥ D'un infirmier en Hygiène.

Il a pour mission, d'une part, d'accompagner la CME dans l'élaboration du programme d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et, d'autre part, de mettre en œuvre ce programme.

Il dispose d'un rôle d'interface entre l'encadrement et les experts et personnes ressources qu'il coordonne pour la mise en œuvre du programme d'action

Il travaille en étroite collaboration avec le coordinateur des risques associés aux soins

#### 21.1. Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est nommé par le directeur de l'établissement en concertation et sur proposition du président de la CME.

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins travaille en lien avec la direction qualité et le service Gestion des risques. Il a pour mission, d'une part, d'accompagner la CME dans l'élaboration du programme d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et, d'autre part, de mettre en œuvre ce programme.

#### 21.2. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)

Elle est experte dans la gestion du risque infectieux.

Avec le Président de la Sous-Commission de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (SCLIAS), l'EOH assiste la CME dans la lutte contre les infections associées aux soins.

## II. B. ORGANISATION INTERNE DES SOINS

*La loi n° 2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », dite loi « H.P.S.T. » a mis en place une nouvelle gouvernance des établissements publics de santé.*

*La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé, a rénové la gouvernance des établissements de santé.*

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne médicale, médico-technique, administrative et logistique.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique consacrés par la loi HPST, ne sont plus obligatoires en dessous d'un nombre d'agents fixé par décret, depuis la loi du 26 janvier 2016. Ils restent cependant les lieux de proposition et de mise en œuvre des stratégies médicales et donc de management des équipes soignantes.

La fonction de Chef de pôle d'activité est marquée par un accroissement de sa composante managériale et des responsabilités.

*Le décret n°2016-291 du 11 mars 2016 a modifié la procédure de nomination des responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles. Il précise également la durée de nomination, la formation et les modalités de destitution de ces responsables.*

La démarche de contractualisation interne est le mode relationnel entre la direction et les pôles. Le contrat de pôle est un levier de changement aussi bien pour le Directoire, qui suit la politique de contractualisation interne et s'assure de sa cohérence dans l'ensemble de l'établissement, que pour les Chefs de pôles, qui entrent dans une logique de pilotage opérationnel.

### **Article 22. Les Pôles d'activité clinique et médico-technique**

L'établissement dispose de toute liberté pour organiser ses pôles, leur dénomination, leur nombre et leur composition. Les pôles sont les lieux de proposition et de mise en œuvre des stratégies médicales. Ils structurent l'organisation aux plans médical, universitaire et de gestion.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>39/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

### 22.1. Les principes

Les pôles constituent la structure de référence de l'organisation médicale, conformément aux dispositions de *la loi du 21 juillet 2009, dite loi « H.P.S.T. »* (Hôpital, Patients, Santé et territoires). *L'article 195 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation du système de santé*, dispose qu'un décret fixe le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle. Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le présent règlement intérieur de l'établissement.

### 22.2. La composition

Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités médico-techniques qui leur sont associés.

### 22.3. Les objectifs

La constitution des pôles doit permettre :

- ✓ D'améliorer la lisibilité des organisations pour les patients et les interlocuteurs du GHSA
- ✓ D'optimiser la qualité et la fluidité des prises en charge et des filières de soins
- ✓ De favoriser l'efficacité du fonctionnement et la mutualisation des moyens humains et techniques
- ✓ De développer les synergies entre les activités de soins, d'enseignement et de recherche - de mettre en œuvre une démarche de contractualisation.

### 22.4. Les compétences relatives à la définition de l'organisation en pôles d'activité

Le Directeur définit l'organisation du GHSA. en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la Commission médicale. Après concertation avec le Directoire, le Directeur arrête l'organisation interne de l'établissement.

### 22.5. Les évolutions

Cette organisation peut évoluer pour rester cohérente avec l'activité de l'établissement et assurer aux pôles une taille et une efficacité optimales.

La mise en place de groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourra s'accompagner de la création de pôles d'activité inter-établissements gérés par l'établissement support pour le compte des établissements parties impliqués dans la constitution, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

#### Textes de référence :

- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (art. 195)*
- *Code de la Santé Publique : Articles L.6143-7 -7° ; L. 6146-1 modifié ; R. 6146-20*

## **Article 23. Les structures internes des pôles d'activité**

### 23.1. Les principes

Les pôles d'activité sont composés :

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

L'appellation des structures internes des pôles est libre.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>40/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

### 23.2. La définition de l'organisation interne des pôles d'activité

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

Le projet de pôle est établi sur la base du contrat de pôle signé par le Directeur avec le Chef de pôle, après concertation avec le Directoire.

#### Textes de référence :

- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)*
- *Code de la Santé Publique : Articles L 6146-1 modifié ; R. 6146-4 ; R.6146-5 et R.6146-9*

## **Article 24. Les Chefs de Pôles**

Le Chef de pôle porte les projets de son pôle, dont il assure le pilotage opérationnel. En tant que manager de pôle, il est investi d'une réelle autorité déconcentrée.

### 24.1. La nomination

Aux termes de l'article L6146-1 du Code de la Santé Publique, peuvent être nommés comme Chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique :

- ✓ les praticiens hospitalo-universitaires (art. L.6151-1) ;
- ✓ les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie (art. L.6152-1-1°) ;
- ✓ les praticiens contractuels (art. L. 6152-1-2°) ;
- ✓ les praticiens contractuels associés (art. L. 6152-1-3°)

Le Directeur nomme les Chefs de pôles. Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du Président de la Commission médicale d'établissement.

La liste de propositions, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande.

En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le Directeur nomme la personne de son choix.

En cas de désaccord du Directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, elle peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, le Directeur nomme le Chef de pôle de son choix.

Pour mémoire, les Chefs de pôles administratifs, techniques et logistiques sont nommés le Directeur. Leur nomination ne requiert pas d'avis.

### 24.2. Le mandat

Les Chefs de pôles cliniques ou médico-techniques sont nommés par le Directeur pour une période de quatre ans renouvelable.

La procédure de renouvellement est identique à celle de nomination.

En principe, le mandat se termine à l'issue de la période de nomination pour quatre ans.

Il peut cependant être mis fin à tout moment aux fonctions de Chef de pôle, par décision du Directeur du GHSA, après avis du Président de la Commission médicale d'établissement :

- ✓ dans l'intérêt du service ;
- ✓ ou à la demande de l'intéressé, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de celle-ci.

### 24.3. La participation aux instances

#### *24.3.1. Participation du Chef de pôle à la Commission médicale d'établissement*

Au GHSA, le règlement intérieur prévoit que l'ensemble des Chefs de pôles sont membre de droit de la CME.





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>41/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

### 24.3.2. Participation du Chef de pôle au Directoire

L'ensemble des Chefs de pôles sont conviés aux réunions du Directoire, sur invitation du Directeur, Président du Directoire, qui lance les invitations et arrête l'ordre du jour, après concertation avec le Président de C.M.E., premier Vice-président du Directoire.

### 24.4. Les missions

Le Chef de pôle d'activité clinique ou médico- technique :

- ✓ Contribue à la stratégie de l'établissement en proposant des dispositifs de soins cohérents avec le projet d'établissement et la politique de santé publique et les besoins des patients/du territoire ;
- ✓ Élabore, sur la base du contrat de pôle, le projet de pôle en cohérence avec le projet médical et le projet de soins de l'établissement ;
- ✓ Met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle, notamment en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil des patients ;
- ✓ Pilote les activités du pôle et mobilise les équipes médicales et paramédicales autour des objectifs du contrat et du projet de pôle ;
- ✓ Entretient une culture commune entre les professionnels du pôle, au service du patient, en s'appuyant sur les compétences clés des équipes et en développant la transversalité ;
- ✓ Met en place une organisation performante pour les patients et les personnels du pôle ;
- ✓ 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 des objectifs du pôle.
- ✓ Agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle ;
- ✓ Exerce un rôle, précisé par le contrat de pôle, dans les domaines suivants :
  - Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle,
  - Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux,
  - Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière,
  - Proposition au Directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle,
  - Affectation des personnels au sein du pôle,
  - Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique,
  - Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.
- ✓ Intervient dans la gestion des personnels médicaux :
  - Nomination des personnels médicaux : le Chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique propose au Directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition donne lieu à un avis du Président de la CME. Le chef de pôle émet un avis ou, le cas échéant, propose les créations, transformations ou suppressions d'emplois médicaux au sein de son pôle en lien avec les responsables de structures internes. Il émet un avis sur les candidatures médicales et pharmaceutiques.
  - Admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux : le Chef de pôle peut proposer leur admission au Directeur, après avis du Président de CME.
- ✓ Organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle ;
- ✓ Renforce la notoriété du pôle, et donc de l'établissement, en développant des liens privilégiés auprès de ses interlocuteurs professionnels et des patients ;



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>42/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

- ✓ Donne un avis sur la proposition de nomination des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique, faite par le Président de la Commission médicale d'établissement au Directeur.

#### 24.5. L'autorité fonctionnelle :

Elle comprend le pouvoir de donner des instructions au personnel et d'annuler ou de réformer les décisions prises par un collaborateur. En revanche, le Chef de pôle n'a pas de compétence en matière de nomination, d'avancement, de notation et disciplinaire. Ces prérogatives relèvent de l'autorité hiérarchique. L'autorité fonctionnelle ne s'applique pas non plus à l'activité clinique des praticiens, dès lors que celle-ci renvoie exclusivement aux obligations déontologiques.

Au sein du pôle, l'autorité fonctionnelle s'exerce sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, y compris l'affectation des ressources allouées au pôle en fonction de l'activité.

Le Chef de pôle préside les instances de pilotage du pôle et notamment :

- ✓ la coordination de pôle, avec le Cadre de pôle et le Directeur délégué de pôle
- ✓ le conseil de pôle constitué de la coordination de pôle et des représentants des différentes catégories professionnelles présentes au sein du pôle.

La fréquence des réunions de coordination de pôle et du conseil de pôle est définie par le règlement intérieur du pôle.

#### 24.6. le contrat de pôle :

Le Chef de pôle signe avec le Directeur un contrat de pôle. Outre les attributions du Chef de pôle énumérés ci-dessus, le contrat de pôle peut prévoir des délégations.

Cette délégation doit mentionner le nom et la fonction du Chef de pôle auquel la délégation a été donnée, la nature des actes délégués et éventuellement les conditions ou réserves dont le Directeur juge opportun d'assortir la délégation.

Les délégations, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tous moyens les rendant consultables. Elles sont communiquées au Conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses. Toute délégation peut être retirée à tout moment.

#### 24.7. les collaborateurs du Chef de pôle :

Le Chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur.

Au GHSA, le Chef de pôle est accompagné par un Directeur délégué de pôle et assisté par un Cadre de pôle.

Sous l'autorité du chef d'établissement, le Directeur délégué de pôle conseille le Chef de pôle au niveau stratégique et assure la coordination entre le pôle et les directions fonctionnelles. Il participe notamment à la définition et à la mise en œuvre des modes de coopération avec les autres pôles de l'établissement et suit l'exécution du contrat de pôle, l'activité et l'utilisation des ressources ainsi que les indicateurs de performance et de qualité.

Le Cadre de pôle, dont le profil de poste a été défini institutionnellement, est lié hiérarchiquement au Directeur des soins et fonctionnellement au Chef de pôle et au Directeur délégué du pôle. Il est notamment garant de la continuité, de la qualité et de la sécurité des activités paramédicales et il participe à une gestion efficiente des ressources humaines et matérielles du pôle.

#### 24.8. La formation du Chef de pôle

Dans les deux mois suivant leur nomination, le Directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de 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.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>43/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Selon l'arrêté du 11 juin 2010 qui en fixe les modalités, la formation à l'exercice des fonctions de Chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique, à organiser par l'établissement public de santé, comprend les apprentissages suivants :

- ✔ Gestion budgétaire et financière ;
- ✔ Pilotage médico-économique et performance hospitalière ;
- ✔ Systèmes d'information hospitaliers ;
- ✔ Management des ressources humaines ;
- ✔ Qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins ;
- ✔ Management d'équipe et conduite du changement.

L'arrêté précise que le contenu de ces apprentissages est agréé par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux), qui s'attache le concours de personnalités qualifiées à cet effet. La durée totale de la formation à l'exercice des fonctions de Chef de pôle ne peut pas être inférieure à soixante heures. Cette formation peut également comporter un accompagnement pour la mise en œuvre des contrats de pôle.

#### 24.9. L'indemnité de fonction du Chef de pôle

Une indemnité de fonction est versée aux Chefs de pôles. Cette indemnité est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

Textes de référence :

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)
- Code de la Santé Publique : articles L.6146-1 modifié et L.6143-7 ; L.6146-2 ; R.6144-3-1-1° ; R.6144-5-1 ; D.6146-1 ; R.6146-2 à R.6146-9-1

#### 24.10. Les Responsables de structures internes

Les structures internes des pôles et les missions confiées à leurs responsables sont définies dans le contrat de pôle signé entre le Directeur et le Chef de pôle.

#### 24.11. La nomination

Les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le Directeur, sur proposition du Président de la Commission médicale d'établissement, après avis du Chef de pôle, selon les modalités fixées par le présent règlement intérieur.

Peuvent être nommés comme responsables de structures internes :

- ✔ les praticiens hospitalo-universitaires (art. L.6151-1) ;
- ✔ les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie (art. L.6152-1-1°) ;
- ✔ les praticiens contractuels (art. L. 6152-1-2°) ;
- ✔ les praticiens contractuels associés (art. L. 6152-1-3°)

Le Directeur nomme les responsables de structures internes sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de CME, après avis du Chef de pôle Cette liste, comportant au moins deux noms, est présentée au Directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le Directeur nomme la personne de son choix.

En cas de désaccord du Directeur 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, le Directeur nomme le responsable de structure interne, service ou unités fonctionnelle de son choix.

Dans les deux mois suivant leur nomination, le Directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

#### 24.12. Le mandat

Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>44/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles en exercice à la date de publication du *décret n°2016-291 du 11 mars 2016* sont maintenus en fonctions jusqu'à ce qu'une durée de quatre ans ait couru depuis leur nomination. Si ce maintien en fonctions conduit leur mandat à expirer moins d'un an après l'entrée en vigueur du décret précité, soit avant le 15 mars 2017, ils sont maintenus en fonctions jusqu'à cette date. Ils seront ensuite nommés dans les conditions prévues par l'article R. 6146-4 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction. Il peut cependant être mis fin à tout moment aux fonctions de responsable de structure interne par décision du Directeur, après avis du Président de C.M.E et du Chef de pôle dans l'intérêt du service ou à la demande de l'intéressé.

#### 24.13. Les missions

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux responsables de 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.

Il définit également, selon un modèle de règlement intérieur élaboré conjointement par le Directeur et le Président de la Commission médicale d'établissement, après concertation avec le Directoire, les principes essentiels du fonctionnement du pôle et les relations entre le chef de pôle, les chefs de services, notamment dans les matières suivantes :

- ✓ La recherche clinique et l'innovation ;
- ✓ L'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue ;
- ✓ La qualité et la sécurité des soins et des prises en charge ;
- ✓ L'organisation de la continuité et de la permanence des soins ;
- ✓ La coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient ;
- ✓ La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures ;
- ✓ Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes

Le Chef de pôle établit un contrat de pôle avec le Directeur et en déploie les objectifs dans son propre pôle auprès des différentes structures internes, en définissant notamment :

- ✓ Les projets et activités correspondantes ;
- ✓ Les objectifs attribués à chaque structure interne ;
- ✓ Les moyens, notamment humains alloués à chacun d'eux ;
- ✓ Le système de pilotage : instances de décision, tableau de bord d'indicateurs, responsabilités ;
- ✓ la communication à instaurer pour mobiliser les équipes.

Les responsables des structures internes cliniques et médico-techniques assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

#### Textes de référence :

- *Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements ou de structures internes Code de la Santé Publique : Articles R6146-4 ; R6146-5 ; R6146-9 ; R6146-9-2.*

### Article 25. Les contrats de pôles

Mode relationnel entre la direction et les pôles, le contrat de pôle est un levier de changement aussi bien pour le Directoire, qui suit la politique de contractualisation interne et s'assure de sa cohérence avec le projet d'établissement, que pour les Chefs de pôles, dans une logique de pilotage opérationnel.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>45/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

### 25.1. Contenu

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

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- ✓ 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.

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

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

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Les crédits d'intéressement alloués, le cas échéant, au pôle sont affectés à un besoin non pérenne.

### 25.2. Signature

Le Directeur signe le contrat de pôle d'activité clinique ou médico-technique avec le Chef de pôle après avis du Président de C.M.E. et concertation avec le Directoire.

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le Président de la Commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.

Le contrat de pôle est signé avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre. En effet, le projet de pôle doit être en cohérence avec le projet d'établissement et particulièrement ses volets projet médical et projet de soins, ainsi qu'avec les projets des autres pôles.

### 25.3. Durée et suivi

Le contrat de pôle est signé pour une période de quatre ans. Il peut faire l'objet d'avenants, selon les mêmes formalités que pour le contrat initial.

Il donne également lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion par an entre la Direction et le pôle. A cette fin, le Chef de pôle établit un bilan d'étape de l'atteinte des objectifs contractuels, à destination du Directeur.

Dans l'hypothèse d'un non-respect des objectifs du contrat, celui-ci peut prévoir un dispositif gradué d'accompagnement (renforcement de l'appui au Chef de pôle, mise en place d'un contrôle a priori des actes faisant l'objet d'une délégation de gestion et/ou de signature, ajustement des moyens ...)

Une information et un échange sont organisés au sein du Pôle au moins deux fois par an sur l'exécution du contrat, selon des modalités définies par chaque pôle.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>46/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Au terme des quatre années d'exécution du contrat, un bilan est établi par le Chef de pôle, à destination du Directeur et du Directoire.

*Textes de référence :*

- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)*
- *Code de la Santé Publique : Articles L.6143-7-7° ; L.6146-1 ; R.6146-8*

## **Article 26. Les projets de pôles**

### **26.1. Contenu**

Outil stratégique d'organisation et de prévision, le projet de pôle, sur la base du contrat de pôle :

- ✓ Définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes ;
- ✓ Précise l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle ;
- ✓ Prévoit les évolutions de leur champ d'activité ;
- ✓ Spécifie l'adaptation des moyens et de l'organisation qui en découlent.

Ainsi, le projet de pôle détermine l'activité médicale du pôle, les objectifs d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires et à venir, les évolutions.

### **26.2. Elaboration**

Le Chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle, sur la base du contrat de pôle signé avec le Directeur.

Elaboré de manière participative, il contribue à l'attractivité du pôle, particulièrement en termes de recrutement médical, en donnant une lisibilité aux praticiens, et favorise l'adhésion des équipes.

*Textes de référence :*

- *Code de la Santé Publique : articles L.6146-1 ; R.6146-9*

## **II. C. L'ORGANISATION ET LA CONTINUITE SONT SOINS**

### **Article 27. La coordination des soins dispensés aux malades**

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourent à la prise en charge des patients. Ils y procèdent quel que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée en tenant compte des besoins des patients, que ceux-ci soient ou non exprimés explicitement.

#### **27.1. Visite médicale quotidienne**

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement, chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le Chef de service organise une contre-visite.

#### **27.2. Permanence médicale des soins – Service de garde**

La permanence médicale des soins a pour objet d'assurer, pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche et jours fériés, ainsi que le samedi après-midi, la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

La permanence médicale des soins est organisée sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>47/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

L'organisation médicale, décrite par les tableaux généraux de service, détermine la durée du service normal de jour et du service relatif à la permanence des soins, sur 24 heures. Ces durées ne peuvent en aucun cas avoir une amplitude supérieure à 14 heures.

Chaque chef de service établit annuellement un tableau général de service précisant l'horaire hebdomadaire normal des différentes activités de soins, d'enseignement et de recherche ainsi que les horaires du Service de permanence. Ce tableau est arrêté annuellement par le Directeur, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement. Le tableau général de service permet aussi de définir l'organisation annuelle prévisionnelle des activités et le besoin de temps de présence médicale par demi-période. Il se décline mensuellement en tableaux de service nominatifs.

### **Article 28. La direction des soins et la coordination générale des soins**

La direction des soins regroupe au sein de l'hôpital, l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins (cadres de santé et médico-techniques, infirmiers, personnels médico-techniques, aides-soignants, ASH, secrétaires médicales).

Il est dirigé par un directeur des Soins, membre de l'équipe de Direction, est nommé par le Directeur de l'hôpital.

Le Directeur des soins est assisté par un ou des cadres supérieurs de santé.

Les cadres supérieurs et les cadres de santé coordonnent au sein du service ou du département dont ils ont la charge, sous l'autorité du Directeur des soins, l'organisation et la mise en œuvre des soins.

Il en assure l'animation et la gestion. Il participe également à l'encadrement et à la gestion des personnels placés sous leur autorité.

Les infirmiers accomplissent les actes de soins relevant de leurs compétences, soit en application des prescriptions médicales, soit dans le cadre de leur rôle propre. Ils collaborent aux actions de prévention et d'éducation de la santé.

Les aides-soignants donnent des soins aux malades et aux personnes hébergées dans la limite des compétences qui leurs sont reconnues du fait de leur formation, sous la responsabilité des infirmiers et à l'exclusion de tous soins prescrits par les médecins.

Les agents de services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène. Ils participent aux activités permettant d'assurer le confort des malades.

Les personnels médico-techniques accomplissent les actes professionnels relevant de leurs compétences sous la responsabilité des médecins.

### **Article 29. Le Département d'Information Médicale (DIM)**

Le Département d'Information Médicale est un service chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le Département d'Information Médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Le Praticien chef de service est responsable de leur validité et de leur exhaustivité.

Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation. Il participe à la gestion et à l'exploitation des données dans le cadre de la tarification à l'activité.

### **Article 30. La pharmacie hospitalière**

Le Pharmacien chef de Service est chargé de la coordination et l'organisation du Service qui lui est confié dans les divers aspects de son activité.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>48/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre II</b>

Assisté des autres praticiens de son service, il est responsable de l'approvisionnement régulier des différentes unités de soins ainsi que du contrôle des conditions de stockage.

Pour ce faire, l'activité de la pharmacie est scindée en quatre pôles :

- ✔ Les médicaments : spécialités, médicaments dérivés du sang, laits, gaz médicaux, préparations magistrales, reconstitution des cytostatiques, rétrocession au public
- ✔ Les dispositifs médicaux stériles et non stériles : ligatures, sondes, prothèses, pace-makers
- ✔ La stérilisation
- ✔ Les vigilances : pharmacovigilance et matériovigilance

### **Article 31. Les vigilances**

Au GHSA, les vigilances sont coordonnées par le comité de coordination des vigilances et intégrées au dispositif de gestion globalisée des risques (Coviris).

Les vigilances réglementées concernent :

- ✔ Les produits sanguins labiles (hémovigilance),
- ✔ Les dispositifs médicaux (matériovigilance),
- ✔ Les médicaments et les médicaments dérivés du sang (pharmacovigilance),
- ✔ Les erreurs ou risques d'erreurs médicamenteuses
- ✔ Les infections nosocomiales (gestion du risque infectieux),
- ✔ Les produits de diagnostic in vitro (réactovigilance),
- ✔ L'identité du patient (identitovigilance).

Les autres vigilances suivies en comité des vigilances :

- ✔ Les chutes,
- ✔ Les agressions,
- ✔ Les accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques.
- ✔ Les suicides et les sorties à l'insu du service
- ✔ Le Comité de Liaison Alimentaire et Nutrition
- ✔ Le comité de LUtte contre la Douleur

Les vigilances réglementées faisant l'objet d'un signalement aux autorités, les événements faisant l'objet d'un suivi spécifique au GHSA et les alertes sanitaires en provenance des autorités sanitaires sont regroupés sous l'intitulé « vigilances sanitaires au GHSA ».





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>49/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

### CHAPITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS

Après être passé du malade « assisté » au malade « objet de soins », puis au malade « sujet de soins », le malade est devenu un « usager » et un acteur du système de santé.

*La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé* a posé les fondements d'une véritable démocratie sanitaire. Cette loi a permis de compléter et rendre plus lisibles les droits des personnes malades, d'organiser l'expression et la participation des usagers et d'améliorer l'indemnisation des dommages liés aux soins, en ouvrant la possibilité d'indemniser des dommages non liés à une faute.

*La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, marque également une étape importante, en instituant notamment les directives anticipées. *La loi n°2016-87 du 2 février 2016, dite loi « Claeys – Leonetti »* a créé de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

*La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* vise à garantir un égal accès des personnes à des soins sûrs et de qualité, dans une logique de parcours de soins territorial.

*Les lois n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et n° 2013-869 du 27 septembre 2013 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* prévoient l'intervention du Juge des libertés et de la détention lors de soins psychiatriques sans consentement.

Les usagers disposent de droits attachés à leur personne, fondés sur les grands principes de protection des personnes, en particulier le principe d'autonomie, de bienveillance et de justice, et sur les principes d'éthique médicale.

Après avoir rappelé ces droits fondamentaux, le présent règlement intérieur précisera les dispositions applicables aux consultations, à l'admission en hospitalisation, au séjour, à l'information des personnes accueillies et à leur sortie.

#### **III. A. LES DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT**

Ces droits individuels, inscrits dans le code de la santé publique, visent notamment à assurer la protection de la santé, par tous moyens disponibles, au bénéfice de toute personne, sans discrimination aucune, ainsi que le respect de la vie privée de la personne soignée, de sa dignité, du libre choix de son praticien et de son établissement de santé, ainsi que du secret médical.

En lien avec les usagers et leurs représentants, le GHSA met en œuvre des actions (communication, formation...) visant à améliorer la prise en compte des droits des patients, ainsi que l'écoute et l'information des patients.

#### **Article 32. Le droit à la protection de la santé**

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Le GHSA contribue avec les professionnels et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie, les autorités sanitaires et les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

L'établissement garantit l'égal accès de chaque patient à des soins de qualité les plus appropriés à son état de santé et aux thérapeutiques les plus efficaces et sûres au regard des connaissances médicales avérées. L'accès de l'établissement est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Dès lors, tout professionnel de santé qui refuserait de dispenser des soins à un patient en raison de son origine, de son sexe, de sa situation familiale, de son état de santé, de son handicap, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non-



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>50/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, sera susceptible de se voir infliger des sanctions disciplinaires, pénales ou civiles.

Toutes dispositions utiles sont prises afin de donner aux malades et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. L'établissement a par ailleurs mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Textes de référence :

- *Code de la Santé Publique : article L6112-6 et L.6113-3*

**Article 33. Le droit au respect de la dignité**

La personne malade a droit au respect de sa dignité. La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

- ✓ Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- ✓ Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie est mise en œuvre selon une procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

A la demande du patient la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile ou dans un établissement pour personnes âgées.

Le GHSA assure la promotion de la bientraitance, entendue comme une culture du respect de la personne soignée et de sa dignité, qui inspire les actions individuelles et les relations collectives au sein de l'établissement et vise à garantir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance, y compris passive. Les personnels du GHSA mettent en œuvre des actions concrètes pour garantir le respect des droits de la personne soignée et améliorer sa vie quotidienne.

L'établissement s'assure que la douleur soit en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé sont formés pour cela (formation initiale et continue).

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

Textes de référence :

- *Code civil : article 16*
- *Loi n°2016-87 du 2 février 2016 (droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie)*
- *Code de la Santé : articles L1110-2 ; L1110-5 ; L1110-5-2 ; L1110-10 ; L1112-4 ; R4127-2*



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>51/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

## **Article 34. Le droit au respect de la vie privée**

La personne malade a droit au respect de sa vie privée et particulièrement :

### **34.1. Respect de son intimité**

La chambre du malade est assimilée au domicile du malade (arrêt de la Cour d'appel de Paris du 17 mars 1986). Par conséquent, le patient ou le résidant doit autoriser l'accès à sa chambre.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le Directeur.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

Le patient peut recevoir les visites de son choix dans le respect du repos et de l'intimité des autres patients, et sans gêner le fonctionnement du service. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le Directeur. Les malades peuvent aussi demander aux cadres infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

L'intimité doit être préservée tout au long du séjour et notamment lors des soins, des toilettes, et des consultations.

Les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux qui conduisent à un examen du patient en présence d'étudiants nécessitent le consentement préalable du patient.

### **34.2. Respect de ses croyances et convictions**

La liberté de culte est garantie, conformément aux dispositions spécifiques aux établissements publics. Le personnel de l'établissement a une obligation de neutralité. La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée.

Dans le cadre du plan « Egalité et citoyenneté » adopté en *Comité interministériel du 6 mars 2015*, le gouvernement a demandé que le principe de laïcité et, en corollaire, celui de neutralité soient réaffirmés comme valeurs fondamentales de la fonction publique.

L'établissement respecte le régime alimentaire du patient.

La liberté religieuse doit cependant être conciliée avec les impératifs suivants :

- ✓ Le fonctionnement régulier du service et le respect de ses missions
- ✓ Le respect d'autrui
- ✓ Le respect du repos et de la tranquillité des autres usagers
- ✓ Le bon déroulement des soins (identitovigilance, hygiène, qualité et sécurité des soins).

Tout acte de prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait du patient, de visiteurs ou du personnel de l'établissement. En cas de désordre ou d'atteinte à l'ordre public, le Directeur peut prendre toutes les mesures appropriées, pouvant aller jusqu'à la sortie de l'intéressé.

### **34.3. Respect de ses droits civiques**

La charte de la personne accueillie garantit un droit à l'exercice effectif de la totalité des droits civiques et des libertés individuelles. L'établissement facilite leur exercice, sous réserve des limites relatives aux majeurs protégés.

S'agissant du droit de vote, le code électoral garantit le droit de vote par procuration aux personnes « malades, femmes en couches, infirmes ou incurables qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique », sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour du scrutin.

Le code civil autorise le mariage « in extremis ». En cas de péril imminent de mort de l'un des futurs époux, il permet à l'Officier d'état civil de se transporter à l'hôpital pour y célébrer le mariage avant toute réquisition ou autorisation du Procureur de la République, auquel il devra ensuite, dans le plus bref délai, faire part de la nécessité de cette célébration hors de la maison commune.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>52/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

#### 34.4. Droit à l'autonomie

Il s'agit d'un droit spécifique aux personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux même si les droits qu'il recouvre sont également reconnus aux personnes hospitalisées. Le droit à l'autonomie se traduit par :

- ✓ La possibilité de circuler librement et de mener une vie sociale. Les relations avec la société, les visites dans l'institution et à l'extérieure sont donc favorisées. La possibilité de circuler librement est reconnue mais elle comporte des limites :
  - Définies dans le cadre de sa prise en charge ou de son accompagnement
  - Résultant des décisions de justice et des mesures de curatelle et tutelle renforcées
  - Résultant des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie
- ✓ La libre disposition de ses biens : le résident peut, durant toute la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels. Lorsqu'elle est majeure, le résident peut disposer de son patrimoine et de ses revenus

##### Textes de référence :

- *Code de la Santé Publique : articles L.6143-7 et R1112-45 à R1112-49*
- *Code civil : article 9 et 75 alinéa 2 ; Code électoral : article L71*
- *Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisé*
- *Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2/2/2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.*
- *Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics. ; Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.*

#### 34.5. Le droit au respect du secret des informations

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé (c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris), ou de tout membre du personnel de l'établissement. Il s'impose à tout professionnel de santé (médecins, internes, psychologues, infirmiers, aides-soignants, etc...), ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. Il existe des dérogations légales au secret médical. Ainsi :

Le médecin est obligé :

- ✓ De déclarer les naissances ;
- ✓ De déclarer les décès ;
- ✓ De déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire ;
- ✓ D'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques ;
- ✓ D'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences ;
- ✓ De fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite ;



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>53/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

- ✓ De transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante) ;
- ✓ De communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires ;
- ✓ De communiquer au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité.

Le médecin est autorisé :

- ✓ À signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques ;
- ✓ À transmettre au président du Conseil général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être ;
- ✓ À communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS, aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé, aux inspecteurs médecins de la radioprotection ;
- ✓ À transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé ;
- ✓ À informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

L'établissement veille au respect de la réglementation régissant la confidentialité des informations médicales, leur conservation et leur transmission par voie électronique entre professionnels.

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

Textes de référence :

- *Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; R4127-4*

#### 34.6. Le droit au libre choix

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Le Code de déontologie médicale précise que le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit (*article R4127-6 du Code la Santé Publique*).

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

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

Le libre choix du praticien, de l'établissement et du service doit être exercé par le malade et non par un parent, un proche ou la personne de confiance. Il doit au surplus se concilier avec diverses règles telles que l'organisation du service ou la délivrance des soins.

En ce qui concerne l'organisation du service, 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.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>54/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

En outre, le libre choix exercé par le malade, ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants. Dans ce dernier cas, le Directeur prend, avec l'accord du médecin responsable d'unité, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires. Enfin, le libre choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à un acte de diagnostic ou de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier ou du sexe de l'agent.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement.

Textes de référence :

- Code de la Santé Publique : Articles L 1110-8 ; R 1112-17 ; R4127-6
- Circulaire DHOS/G no 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.
- Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.
- Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé.

### **III. B. LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES**

#### **Article 35. Consultations externes**

Le Groupe Hospitalier dispose de services de consultations et de soins pour malades externes. La liste et la localisation de ces services sont indiquées au niveau des consultations.

Le directeur de l'établissement établit et tient à jour, en accord avec les chefs de service et de département concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein de l'hôpital veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants.

#### **Article 36. Consultations externes en activité libérale**

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers. Cette activité doit faire l'objet d'une information claire et d'un affichage auprès des patients.

Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

#### **Article 37. Tarifs des consultations externes**

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

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers-payant pour la part de prise en charge par les organismes d'assurance maladie, cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers, ils doivent payer le ticket modérateur, sauf s'ils sont adhérents d'une mutuelle ayant conclu une convention de tiers-payant avec l'établissement.

Les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (C.M.U) doivent être munis de la carte vitale ou de l'attestation d'ouverture des droits délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>55/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

## **Article 38. Activité libérale des médecins au sein du Groupe Hospitalier**

### **38.1. Principes d'organisation**

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 aux *articles L 6154-1 à L 6154-6 du CSP*. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

### **38.2. Service public hospitalier et activité libérale**

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'hôpital.

Dans certaines disciplines médicales et en conséquence des dispositions de l'article précédent du présent règlement, le malade 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 peut aussi demander, dans le cadre de l'urgence à être pris en charge par un médecin autre que celui de permanence ou d'astreinte. Le malade 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 son choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Lorsque le malade opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

Aucun malade ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires par l'intermédiaire du Trésor Public.

Aucun lit ni aucune installation médico-techniques ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Une commission de l'activité libérale est chargée au sein de l'hôpital de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concernent. Elle peut être saisie par le préfet de département, le président du Conseil d'administration, le directeur de l'hôpital, le président de la commission médicale d'établissement, tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à l'exercice de sa propre activité libérale.

### **38.3. Tarification**

La tarification des consultations et actes pratiqués dans le cadre de l'activité libérale suit les mêmes règles que la tarification de ceux pratiqués dans le cadre du secteur public.

Conformément à *l'article 54 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999*, les honoraires médicaux sont à régler aux praticiens hospitaliers. L'assurance maladie et les assurances mutuelles procèdent au remboursement selon les barèmes officiels et leurs propres modalités.

## **Article 39. Consultations et examens sur réquisition**

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en forme légale.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>56/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

En effet, l'article 60 du Code de Procédure pénale dispose que « s'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées ».

La réquisition est impérative et nominative. L'article R. 642-1 du Code pénal précise que « le fait, sans motif légitime, de refuser ou de négliger de répondre soit à une réquisition émanant d'un magistrat ou d'une autorité de police judiciaire agissant dans l'exercice de ses fonctions, soit, en cas d'atteinte à l'ordre public ou de sinistre ou dans toute autre situation présentant un danger pour les personnes, à une réquisition émanant d'une autorité administrative compétente, est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2ème classe.» et l'article L. 4163-7 du Code de la Santé Publique rappelle qu'est puni de 3750 € d'amende le fait pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique, sauf cas d'incompétence technique avérée dans le domaine concerné par la réquisition.

La réquisition est le plus souvent écrite sous forme d'injonction et elle vise l'identité et la fonction du requérant, l'article du Code de procédure pénale permettant la réquisition, la mission énoncée en des termes précis, la nécessité de prêter serment ou non, la date et la signature du requérant.

### III. C. ADMISSIONS

#### **Article 40. L'accueil des malades**

Le Groupe Hospitalier a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades 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'établissement est formé à l'accueil des malades et de leurs accompagnants. Il donne aux malades et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

#### **Article 41. Mode d'admission**

L'admission est prononcée par le Directeur du Groupe Hospitalier, ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

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

Lorsqu'un patient relève d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessite des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou lorsque son admission présente un risque certain du fait d'un manque de place, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

#### **Article 42. Décision préfectorale**

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

#### **Article 43. Admission en urgence**

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur ou son représentant doit prononcer son admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>57/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toutes les mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

#### **Article 44. Information de la famille**

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier (e) responsable du malade, dans le respect des dispositions ci-après.

#### **Article 45. Consentement libre et éclairé**

Pour toute hospitalisation, l'information donnée au patient doit permettre un consentement libre et éclairé.

#### **Article 46. Refus d'hospitalisation du malade**

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 et de manière éclairée ce refus : à défaut, un procès-verbal de refus d'hospitalisation est dressé.

#### **Article 47. Régime d'hospitalisation**

Le régime commun et le régime particulier sont actuellement appliqués au Groupe Hospitalier. Le Conseil de surveillance décide des modalités d'application du régime particulier conformément aux textes en vigueur. Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais. Le régime particulier est accordé en fonction des disponibilités.

Les malades peuvent, sur demande, être admis au titre de l'activité libérale de certains praticiens.

Ce choix doit être formulé par écrit dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après avoir pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux.

#### **Article 48. Prise en charge des frais d'hospitalisation**

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

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restant à la charge de l'hospitalisé.

Les bénéficiaires de la CMU doivent être munis de la carte vitale ou de l'attestation d'ouverture des droits délivrées par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence.

Sur présentation de l'attestation, les bénéficiaires de la CMU complémentaire disposent de droit de la dispense totale de l'avance des frais.

Pour les gens du voyage, il est nécessaire de présenter l'attestation d'ouverture des droits CMU et l'attestation de la CMU complémentaire.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'État doivent être munis d'une notification d'admission prise en charge à 100%.

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun de ces dispositifs, il est tenu d'acquitter, auprès du Trésorier Principal, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son, hospitalisation.

Ce versement doit être effectué lors de l'admission, et viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>58/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

### **Article 49. Livret d'accueil**

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation au sein de l'établissement un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital, le traitement de la douleur, ainsi que le Charte du patient hospitalisé. Un questionnaire où le malade peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie, est joint à ce livret.

### **Article 50. Dépôt des objets**

Un protocole de dépôt des objets et valeurs est en place dans l'établissement, l'objectif étant d'avoir une procédure unique conforme aux textes en vigueur qui informe le soignant et le soigné de la procédure et de leur responsabilité.

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux ou d'objets de valeur des hospitalisés peuvent être effectués soit entre les mains d'un régisseur de recettes de l'établissement, contre délivrance d'un reçu.

Si le malade ou le blessé est inconscient, un inventaire réalisé selon une procédure contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou le blessé est porteur, est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement. La famille est informée.

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

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

### **Article 51. Restitution des objets**

Les sommes d'argent ou les objets de valeurs sont restitués au malade par la Trésorerie principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

## **III. D. DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINS PATIENTS**

### **Article 52. Admission d'un patient mineur**

Est considéré comme mineur toute personne n'ayant pas la majorité légale (moins de 18 ans ou non émancipé).

Concernant l'autorité parentale :

- ✓ Quand les parents sont mariés, celle-ci est détenue par les deux parents conjointement
- ✓ Quand les parents sont divorcés, celle-ci est détenue par celui des parents qui a obtenu la garde suite au jugement prononçant le divorce
- ✓ Quand les parents ne sont pas mariés, celle-ci est détenue par celui qui a reconnu l'enfant
- ✓ S'il y a une mise sous tutelle, l'extrait d'acte de naissance porte la mention « RC » qui signifie Répertoire Civil. Il convient de s'adresser à la mairie pour de plus amples informations

### **Article 53. Hospitalisation sans caractère d'urgence**

L'admission d'un mineur est prononcée à la demande des père et/ou mère ou du représentant légal, du tuteur ou de l'autorité judiciaire.

En cas d'admission, il convient de toujours vérifier qui détient l'autorité parentale.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>59/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

L'accord du représentant du mineur est obligatoirement requis avant de procéder à une intervention chirurgicale.

Ces règles ne s'appliquent toutefois pas dans deux hypothèses :

- ✓ Lorsque, alors un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour conserver le secret sur son état de santé, confirme cette opposition et est accompagné d'une personne majeure de son choix
- ✓ Lorsqu'une mineure adopte la même démarche dans le cadre d'une demande d'IVG

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

Lorsqu'un mineur relève du Service d'Aide Social à l'Enfance, son admission est prononcée à la demande de ce service (sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mères ou tuteur, joignables en temps utile).

#### **Article 54. Hospitalisation urgente**

Toutes les mesures sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par les soins de l'hôpital.

L'autorisation du représentant légal subsiste. Si celui-ci refuse ou s'il y a une impossibilité de recueillir son consentement, l'hôpital avise le Procureur de la République.

Le juge des enfants désigne alors un tuteur provisoire qui prononce l'autorisation.

#### **Article 55. Hospitalisation d'extrême urgence**

En cas d'urgence vitale, les soins nécessaires doivent être donnés au mineur, même si ses parents ou son représentant légal ne peuvent être joints.

Si ces derniers ne peuvent être prévenus, ou dans le cas de refus de soins, le médecin prévient le Procureur de la République.

#### **Article 56. Objet de valeur**

Si le patient mineur est porteur de bijoux, d'objets de valeur et que la famille désire qu'il les garde, il conviendra de faire signer une décharge afin de libérer l'établissement de ses responsabilités.

#### **Article 57. Mineurs et accompagnateurs**

Le père, la mère ou toute autre personne qui s'occupe habituellement du patient mineur doit pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'il le souhaite, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas l'exposer à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades.

La présence d'un parent ou d'une autre personne qui s'occupe habituellement du patient mineur se fait en tenant compte des règles de fonctionnement du service.

#### **Article 58. Admission d'un enfant victime de mauvais traitements**

Les dispositions des *articles 223-6 et 226-14* du nouveau Code pénal réprimant la non-assistance à personne en péril sont applicables aux personnes soumises au secret professionnel et en cas de mauvais traitements mettant en danger la vie ou l'intégrité physique d'un mineur ou d'une personne vulnérable, un médecin ne saurait rester passif sans encourir les peines prévues par ces articles.

Le mineur peut demander à garder l'anonymat dans les conditions évoquées plus haut. De même il lui est conseillé d'appeler le 119 « Allo enfance maltraitées ».



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>60/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

Il existe en effet trois catégories de maltraitements selon qu'il s'agit d'actes de violences, d'agressions à caractère sexuel ou d'atteinte à l'intégrité de la personne notamment par abstention délibérée de soins ou d'aliments (ou même de la mise en péril par incitations à des actes délictueux).

Confronté à ces trois ordres de sévices – dont le régime juridique est différent bien que l'on trouve chaque fois les mêmes circonstances aggravantes – la conduite à tenir pour le médecin se situe entre deux extrêmes.

Le dilemme s'établit en effet entre tout d'abord la circonspection nécessaire et la prudence indispensable pour la protection de l'enfant et d'autre part le devoir d'intervention.

Trois éventualités se rencontrent :

- ✓ En cas de simple suspicion, il y a lieu de procéder à un signalement aux autorités administratives, en l'espèce au service d'aide à l'enfance et à la famille (SAEF) de la DIPAS
- ✓ S'il existe un faisceau de présomptions, on effectuera le signalement au service d'aide à l'enfance et à la famille de la DIPAS et au substitut du procureur chargé des mineurs
- ✓ Et en présence de sévices avérés, il conviendra d'informer en urgence soit le substitut du procureur chargé des mineurs, soit le magistrat de garde

Dans tous les cas, l'hospitalisation de l'enfant constitue une mesure de sauvegarde. Quoiqu'il en soit, la conviction du médecin doit être étayée de constatations significatives avant de décider ce qu'il faut faire et aussi ce qu'il ne faut pas faire.

#### 58.1. Hors caractère d'urgence

Le secret professionnel est levé lorsqu'un personnel de santé a connaissance dans l'exercice de ses fonctions, de sévices commis sur le mineur. Le médecin ou l'assistante sociale contacte les services responsables de la protection des mineurs.

#### 58.2. En cas d'urgence

Conformément à l'article 44 du code de déontologie médicale, le médecin alerte les autorités judiciaires, médicales ou administratives compétentes.

Pour un mineur relevant du service départemental de l'aide sociale à l'enfance :

Le service médical de l'aide à l'enfance est prévenu de l'admission de l'enfant par communication avec le responsable du Secteur d'Action Territoriale relevant du lieu de résidence de l'enfant. Un courrier sera adressé à la sortie.

### Article 59. **Dispositions relatives aux majeurs protégés**

Le majeur frappé d'incapacité subit une atteinte totale ou partielle de l'autonomie de sa volonté.

Il faut distinguer trois possibilités :

- ✓ Le majeur placé sous la sauvegarde de justice est une personne qui a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile, en raison d'une altération de ses facultés. Il conserve ses droits. Son seul consentement suffit donc, en principe, pour toute admission ou intervention chirurgicale le concernant.
- ✓ Le majeur en tutelle est une personne représentée, de manière continue, par un tuteur dans tous les actes de la vie civile, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage l'autorise à agir lui-même. En cas d'admission ou d'intervention chirurgicale, il convient de saisir pour avis le juge des tutelles par l'intermédiaire du tuteur.
- ✓ Le majeur en curatelle est une personne qui a besoin d'être contrôlée ou conseillée dans les actes de la vie civile en raison d'une altération de ses facultés mentales ou parce que sa prodigalité, son



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>61/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

intempérance ou son oisiveté l'exposent à tomber dans le besoin ou compromettent l'exécution de ses obligations familiales. L'étendue de la curatelle variant suivant la personne, il apparaît prudent, sauf extrême urgence, de solliciter l'avis du curateur avant d'effectuer tout acte de soins grave.

Les biens des majeurs protégés sont administrés dans les conditions prévues par les articles 489 et suivants du Code Civil et par les décrets n°69-195 et 69-196 du 15 février 1969.

### **Article 60. Dispositions relatives aux militaires**

Les militaires y compris les mineurs non émancipés sont, hors le cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par l'article 12 du décret n°74-431 du 14 mai 1974.

Si le Directeur ou son représentant est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission au Chef de Corps d'affectation de l'intéressé ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, toutes mesures doivent être prises pour qu'il soit évacué sur l'hôpital des Armées le plus proche. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'État.

### **Article 61. Dispositions relatives aux malades étrangers**

Les étrangers sont admis au Groupe Hospitalier dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Hormis les cas de nécessité de soins urgents, ils doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge, verser une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissants d'un État membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

### **Article 62. Dispositions relatives aux patients relevant du secteur de psychiatrie**

#### **62.1. Hospitalisation libre**

L'hospitalisation libre des personnes atteintes de troubles mentaux est la règle.

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

#### **62.2. Hospitalisation sous contrainte**

L'hospitalisation sous contrainte des personnes atteintes de troubles mentaux est l'exception.

Elle peut intervenir selon deux modalités :

- ✓ Sur demande d'un tiers
- ✓ D'office

L'hospitalisation sous contrainte fait l'objet d'une procédure interne de l'établissement.

#### **62.3. Hospitalisation sur demande d'un tiers**

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

- ✓ Ses troubles rendent impossible son consentement
- ✓ Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier

La demande se fait :

- ✓ Soit par un membre de la famille ou tuteur légal



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>62/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

- Soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci (à l'exception des personnels soignants, sauf les assistantes sociales qui ont capacité d'intervenir).

La demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Elle comporte l'indication de la nature des relations qui existent entre elle et la personne hospitalisée.

La demande est accompagnée de deux certificats médicaux constatant l'état mental de la personne à soigner.

Le premier certificat médical ne peut pas être réalisé par un médecin pratiquant dans l'établissement d'affectation.

Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le Directeur de l'établissement vérifie la conformité des documents.

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. (Art L 3212-3 CSP)

Dans les 24 heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L 3212-1 du CSP, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Dès réception du certificat médical, le Directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au préfet et à la commission mentionnée) l'article L 3222-5 du CSP.

#### 62.4. Hospitalisation d'office

Le Préfet prononce par arrêté au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans l'établissement, des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Le certificat médical ne peut pas émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le Maire arrête à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures nécessaires à charge d'en référer dans les 24 heures au Préfet qui prononce sans délai l'hospitalisation d'office.

### **Article 63. Dispositions relatives aux malades gardés à vue et aux détenus**

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

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

Les détenus, sur décision expresse du Ministre de la Justice, prise en application de l'article D 382 du Code de procédure pénale, peuvent être traités à leurs frais dans le secteur libéral d'un médecin à plein temps, si la surveillance ne gêne pas les autres malades.

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D 280 du Code de procédure pénale.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>63/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

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

#### **Article 64. Dispositions relatives aux toxicomanes**

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

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont rejoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

### **III. E. CONDITIONS DE SEJOURS**

#### **Article 65. Les prestations**

##### **65.1. Restauration**

Le service de restauration s'effectue selon les sites et les horaires selon des horaires tenant compte des besoins des malades.

Un repas peut être servi à un membre de la famille rendant visite aux hospitalisés lorsqu'il est dans l'impossibilité de prendre ses repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Afin de favoriser la présence d'un accompagnant d'un enfant de moins de 15 ans ou d'un malade en fin de vie, il convient de faire le nécessaire pour assurer la prise d'un repas dans le service.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus en lien avec le Comité de liaison Alimentation – Nutrition ( CLAN ) et sont communiqués à chaque service. Le CLAN évalue les bonnes pratiques de l'établissement dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition, définit des actions prioritaires d'amélioration à mener, tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration, apporte un appui méthodologique aux professionnels concernés et évalue les résultats.

L'information vers le service Restauration doit être effectué par l'équipe soignante quelques jours avant la prise du repas. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Conseil de surveillance de l'établissement. Le ticket repas est à retirer au Bureau des Admissions.

##### **65.2. Télévision**

Les hospitalisés ont la possibilité de louer un téléviseur auprès du Bureau des Entrées. Par mesure de sécurité, aucun poste personnel n'est autorisé.

Dans des cas très particuliers (service d'hébergement), des autorisations peuvent être accordées par le Directeur. Le malade doit alors justifier d'une assurance responsabilité civile couvrant les risques d'explosion ou d'implosion de son récepteur.

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

##### **65.3. Téléphone**

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone à disposition : ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes. Lors de la sortie, la facture s'établira au vu des consommations téléphoniques réellement dépensées sur le crédit temps.

Les téléphones cellulaires sont interdits dans l'enceinte des bâtiments de l'établissement.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>64/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

#### 65.4. Service social

L'équipe soignante et le Bureau des Entrées sont là pour conseiller le patient sur les questions administratives, sociales et familiales. Une assistante sociale peut se rendre au chevet du malade, à la demande de ce dernier.

#### 65.5. Association

L'association VMEH (Visites des Malades dans les Etablissements Hospitaliers) est composée de bénévoles agissant en collaboration avec les équipes soignantes et administratives.

Ils contribuent à l'accueil et au soutien des personnes hospitalisées et de leur entourage.

Les activités de l'association au sein de l'établissement sont les suivantes :

- ✓ Visite aux patients/écoute
- ✓ Animations
- ✓ Excursions
- ✓ Réunion – rencontres

#### Siège Social

CH de Sedan, 2 Avenue du Général Margueritte 08209 Sedan Cedex.

Il est représenté par Madame TOTOT Nicole.

#### Coordonnateur site de Rethel :

M. CARIER Hubert

#### 65.6. Chambre

Exceptionnellement un parent peut rester au chevet du patient après avis favorable du médecin.

### **Article 66. Les droits et obligations**

#### 66.1. Exercice du Culte

Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils peuvent recevoir sur demande de leur part adressée au personnel du service, la visite du ministre du culte de leur choix.

#### 66.2. Modalités d'exercice du droit de visite

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le Directeur après avis du responsable de l'unité de soins.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service ou d'un site du Groupe Hospitalier sans l'autorisation préalable du Directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des chefs de service concernés.

Les notaires qui ont la qualité d'Officier Ministériel, n'ont pas à demander une quelconque autorisation de la part de l'Administration pour se rendre auprès des malades qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers. Il appartient aux notaires qui sont tenus de prêter leur concours lorsqu'ils en sont requis, d'apprécier sous leur responsabilité la capacité de leurs clients à accomplir des actes juridiques.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par l'administration. Les malades peuvent demander au cadre infirmier du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux.





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>65/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles doivent préalablement obtenir l'agrément de l'administration. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif. Ils ne peuvent en aucun cas dispenser des soins.

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

Le personnel soignant du service doit s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise de denrées ou boissons, même non-alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit au malade. En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons introduites en fraude peuvent être détruites à la vue du malade ou de sa famille.

Le nombre de visiteurs à admettre ensemble auprès d'un même malade pourra être limité.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer de la chambre ou de la salle d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Le droit aux visites existe d'une manière générale, sauf exceptions :

- ✓ Légales, pour les malades sous surveillance de la police
- ✓ Cliniques, pour les malades hospitalisés dans les unités de soins spécialisés ou les visites sont interdites ou limitées en nombre ou en durée par le responsable médical ou le Directeur
- ✓ Conditionnées au respect des protocoles relatifs à l'isolement septique

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, jusque dans les halls d'accueil, lorsque celui-ci vient pour des soins.

Tout personnel constatant la présence d'un visiteur pouvant troubler le fonctionnement du service doit essayer de résoudre le problème et donner lieu à une information auprès de l'administrateur de garde le cas échéant.

### 66.3. Horaires des visites

Les visites aux hospitalisés ont lieu entre 13 heures et 19 heures 30 sauf en cas de contre-indication médicale ou en cas de situation de crise sanitaire impliquant une restriction des horaires de visites

Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, dans le respect des règles de fonctionnement du service : ainsi lorsque l'état du malade le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de 15 ans, la présence d'un accompagnant doit être favorisée.

Pour le repos des patients, il est recommandé aux visiteurs :

- ✓ D'éviter les visites en groupes, longues et fréquentes
- ✓ De ne pas amener des enfants en bas âge

En cas de soins pendant les visites, il sera demandé aux visiteurs de bien vouloir quitter les lieux.

### 66.4. Hygiène

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital, chacun est tenu de l'observer. Les hospitalisés doivent concourir à l'état d'hygiène exigé pour les soins. Le personnel médical est là pour le conseiller, notamment en ce qui concerne les préparations avant intervention chirurgicale.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>66/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

#### 66.5. Interdiction de fumer

Le décret du 15 novembre 2006, interdit formellement de fumer dans tous les établissements de santé, ainsi que l'aménagement dans l'enceinte couverte, d'emplacements fumeurs. Une signalisation apparente, accompagnée d'un message sanitaire de prévention, rappelle le principe de l'interdiction de fumer.

Par ailleurs, il est interdit de vapoter dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

#### Textes de référence :

- *Code de la Santé Publique : Articles; R 1112-48 ; R 1112-51 ; R.3511-2 et 6*
- *Décret 2006-1386 du 15 novembre 2006 sur les conditions d'application de l'interdiction de fumer*
- *Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 créant l'article L3511-7-1 du CSP.*

#### 66.6. L'interdiction des produits stupéfiants

L'introduction, la consommation, l'acquisition ou la cession de produits stupéfiants est strictement interdite dans l'enceinte de l'établissement, sauf utilisation médicale d'un produit dans le cadre d'un traitement, sur prescription et sous surveillance médicale.

En cas de découverte fortuite de produits suspects, ces derniers seront remis à la police, sans indication du nom du patient. La direction de l'établissement est prévenue.

#### 66.7. Les dispositions relatives aux denrées et aux boissons

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire de boissons alcoolisées dans l'établissement.

Le cadre infirmier du service peut s'opposer, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons, même non alcoolisées, qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

#### 66.8. Gratification

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

#### 66.9. Les dispositions relatives aux animaux

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital, à l'exception des chiens-guides de personnes aveugles ou malvoyantes et dans les limites fixées par la réglementation et les conditions définies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

#### 66.10. L'interdiction des armes

La détention d'une arme est strictement interdite. En cas de découverte fortuite d'une arme, celle-ci est remise à la police, sans indication du nom du patient. La direction de l'établissement est informée.

#### 66.11. Déplacements et liberté de circulation

La liberté de circulation du patient est préservée, sauf si des raisons de sécurité ou des raisons réglementaires s'y opposent. Il doit cependant en informer le service, de manière à ce que le personnel sache toujours où le trouver.

#### 66.12. Permission de sortie

Le patient peut quitter l'établissement pour une durée maximale de 48 heures après autorisation du médecin du service et du directeur.

Pendant cette absence, l'établissement est déchargé de toute responsabilité.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>67/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

### 66.13. Effets personnels

Il est demandé aux hospitalisés d'apporter leur linge personnel (serviettes, gants de toilette, pyjama...) et leur nécessaire de toilette.

Un enfant hospitalisé peut apporter avec lui ses jouets préférés, sous réserve que ceux-ci répondent aux normes NF et de l'accord du personnel du service.

Cependant, l'établissement n'est pas responsable en cas de perte ou de disparition.

### 66.14. Comportements des personnes hospitalisées, désordres causés par le malade

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

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

## III. F. SORTIES

### Article 67. La sortie classique

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'un des services du Groupe Hospitalier, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable. Une lettre de liaison médicale, compte-rendu provisoire doivent être remis à la sortie du patient.

La sortie d'un militaire est signalée au Chef de Corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le médecin traitant est informé du retour à domicile préalablement à la sortie, lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier.

Pour le bon fonctionnement des services, les sorties le matin sont privilégiées, pour tenir compte des conditions particulières d'hospitalisation, des horaires différents peuvent être pratiqués.

### Article 68. La sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes en garde à vue ou incarcérées, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le groupe hospitalier.

Toutefois, deux conditions doivent être remplies pour dégager la responsabilité de l'établissement et du médecin :

- ✓ Il faut que le malade soit apte à exprimer une volonté. L'établissement a donc l'obligation de s'assurer que sa décision est prise avec discernement,
- ✓ Il faut que le patient soit informé par le médecin des risques encourus par sa décision.

Si l'hospitalisé persiste dans son attitude, il conviendra de lui faire signer une décharge précisant que malgré l'information reçue il maintient sa volonté de sortir et accepte d'en courir les risques éventuels pour sa santé. En cas de refus du patient de signer cette décharge, un procès-verbal sera dressé, signé par deux témoins, qui tiendra lieu de décharge.

Ce n'est que si le malade n'est pas en état de manifester une volonté libre et éclairée, que si ses facultés de discernement et de précision sont diminuées que l'établissement pourrait conserver le malade contre son gré.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service – en plus de la



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>68/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

procédure de décharge – saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire.

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

#### **Article 69. La sortie à l'insu du service**

En cas de sortie à l'insu du service d'un patient, il convient de réagir en fonction de l'état de celui-ci notamment en effectuant des recherches dans l'établissement, en prévenant l'administrateur de garde et le commissariat de police. Dans le cas d'une sortie de mineur, les parents doivent en être informés et une procédure de signalement doit être respectée.

Un rapport est rédigé dans le dossier de soins et donne lieu à l'établissement d'une fiche de signalement des événements indésirables.

#### **Article 70. La sortie disciplinaire**

La sortie des malades peut également, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par une mesure disciplinaire.

#### **Article 71. La sortie des mineurs en cours d'hospitalisation**

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation. Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale. Cette personne doit préciser à la Direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement). Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le Directeur ou son représentant saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties.

#### **Article 72. Les formalités de transfert**

Lorsqu'un patient relève d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessite des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou lorsque son admission présente un risque certain du fait d'un manque de place, le Directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis. Par ailleurs, à la suite d'une hospitalisation toutes dispositions sont prises, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son état de santé.

#### **Article 73. Transport en ambulance**

Le transport est une prescription médicale qui tient compte du mode de transport adapté le moins onéreux et compatible avec l'état de santé du patient (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi, voiture particulière, transport en commun,...).

Le malade a le libre choix de l'entreprise de transport :

- ✓ Lors de sa sortie
- ✓ Lors d'un transfert vers un établissement de long ou moyen séjour autre que ceux appartenant au groupe hospitalier



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>69/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

Le malade n'a pas le choix de l'entreprise de transport lors d'un transfert médicalisé. Le transport de malade vers une autre structure avec accompagnement infirmier se déroule sur décision d'un médecin du Groupe Hospitalier.

Tout transfert médicalisé est demandé au centre 15.

L'établissement tient par ailleurs à la disposition des malades la liste des sociétés de transport sanitaires agréées dans le département.

Si le malade n'exprime pas de choix, le Groupe Hospitalier fait appel aux entreprises d'ambulances à tour de rôle. Dans tous les cas, les frais occasionnés sont à la charge du malade.

#### **Article 74. Questionnaire de sortie**

Tout hospitalisé reçoit, avec le livret d'accueil, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu soit au Cadre infirmier du service, soit déposé aux endroits réservés à cet effet.

Ce questionnaire fera l'objet d'une analyse et d'un suivi de la part de la Direction qualité.

#### **Article 75. Aggravation de l'état du malade**

Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et que sa mort devient certaine, il peut être transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Ses proches sont admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

### **III. G. MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES PERSONNES HOSPITALISEES**

Quand l'état de santé du patient s'est aggravé et que le décès semble imminent, la famille, la personne à prévenir, ou les proches du malade sont prévenus sans délai, et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

Si l'hospitalisé en fin de vie en exprime le désir, il peut être transféré à son domicile.

Textes de référence :

- Code de la Santé Publique : articles R.1112-3 ; R.1112-63 ; R.1112-68 ; R.1112-69

#### **Article 76. Constat du décès**

Le décès est constaté par un docteur en médecine qui établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des admissions.

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

#### **Article 77. Notification du décès**

La famille ou les proches doit être prévenue, dès que possible et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

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 compétente,



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>70/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

- ✓ Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance : au Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale,
- ✓ Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance en danger : au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou la personne gardienne du mineur
- ✓ Les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- ✓ Les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- ✓ Les personnes non identifiées, aux services de police.

Textes de référence :

- Code de la Santé Publique : articles R.1112-69
- Code Général des Collectivités locales : article L.2223-42

**Article 78. Indices de mort violente ou suspecte**

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

En cas de suicide d'un hospitalisé, le corps doit être laissé en l'état, après les gestes de premiers secours. Le Directeur ou son représentant est prévenu afin d'avertir la police et le médecin légiste.

**Article 79. Décès d'un ressortissant étranger**

Si la famille n'est pas joignable, il convient de prendre contact avec le Consulat ou l'Ambassade.

Le retour vers le pays d'origine ne peut s'effectuer qu'après mise en cercueil hermétique du corps, quel que soit le délai.

Un certificat de non contagion, établi d'après la liste des maladies contagieuses énumérées dans l'arrêté du 20 juillet 1998 sera rédigé par le médecin.

**Article 80. Toilette mortuaire et inventaire après décès**

Après constatation du décès par le médecin, le corps du défunt est transporté en chambre mortuaire, où les agents procèdent à la toilette et à l'habillage du mort, avec tout le respect qui lui est dû et en tenant compte des différentes religions. A la demande de la famille, les membres de la communauté religieuse peuvent réaliser la toilette funéraire et l'habillage (religion musulmane, bouddhiste...).

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire.

Les familles peuvent demander la présentation du corps à la chambre mortuaire de l'établissement.

L'inventaire de tous les objets et vêtements, qu'il possédait, est dressé en présence d'au moins un témoin. L'inventaire, est signé par l'un des membres du personnel du service et le témoin, puis transférés avec le patient au funérarium. Le personnel du funérarium a en charge la restitution à la famille.

Dans les cas de présence d'objets et valeurs un dépôt est effectué selon l'article 51.

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du malade ou à ses amis. Les biens usuels sont restitués par le funérarium sur présentation des pièces justificatives.

Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droit.

En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs et bijoux et de tout objet laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil et par le Code de la Santé Publique.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>71/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

### **Article 81. Maladies contagieuses**

Les corps des personnes décédées des maladies contagieuses suivantes :

- 📌 Orthopoxvirose
- 📌 Choléra
- 📌 Peste
- 📌 Charbon
- 📌 Fièvre hémorragiques virales

Liste pouvant être amenée à être modifiée en raison des recommandations nationales

Doivent être déposés en cercueil hermétique, équipé d'un système d'épurateur de gaz, avant la sortie en cas de décès dans un établissement de santé.

### **Article 82. Patients infectés**

Le corps des personnes décédées porteurs d'infections (type BMR, hépatite...) doivent être mises dans des housses spécifiques avant la descente en funérarium.

### **Article 83. Mesures de police sanitaire**

Lorsque les mesures de police sanitaires s'imposent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits effets et objets.

### **Article 84. Transport de corps à résidence sans mise en bière**

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, dans un établissement du Groupe Hospitalier à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit être autorisé par le maire de la commune de l'établissement en question.

L'autorisation est subordonnée :

- 📌 A la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile,
- 📌 A la reconnaissance préalable du corps par ladite personne,
- 📌 A l'accord écrit du médecin hospitalier responsable du malade,
- 📌 A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78 79 et 80 du Code Civil relatives aux déclarations de décès,
- 📌 A l'accord écrit du Directeur de l'établissement d'hospitalisation.
- 📌 Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :
- 📌 Le décès soulève un problème médico-légal,
- 📌 Le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du Ministre de la Santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France,
- 📌 L'état du corps ne permet pas un tel transport.

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il doit en avvertir sans délai par écrit le Directeur de l'établissement et la famille.

Si la commune du lieu de décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, l'avis de l'autorisation de transport est adressé sans délai au Maire de cette dernière.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 24 heures à compter du décès si le corps n'a pas subi des soins de conservation, au cas où le corps a subi de tels soins, le transport doit être effectué et terminé dans un délai de 48 heures à compter du décès.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>72/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet. L'accomplissement des formalités de transport, en dehors de la commune, se fait en présence des fonctionnaires de police.

#### **Article 85. Transfert du corps en chambre funéraire avant mise en bière**

A la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile, il est possible d'assurer un transport de corps dans une chambre funéraire dans un délai de 24 heures à compter du décès.

Les formalités sont identiques à celles du transport de corps sans mise en bière.

#### **Article 86. Transport de corps après mise en bière**

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

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée. La liste des entreprises agréées est portée à la connaissance des familles par l'affichage au niveau du bureau de l'état civil ainsi qu'à la salle d'attente de la chambre mortuaire.

#### **Article 87. Autopsie**

L'établissement ne pratique pas d'autopsies. En cas de nécessité, les patients décédés sont transférés vers le CHU de Reims.

#### **Article 88. Don du corps**

Il s'agit d'un acte volontaire effectué de son vivant par la personne défunte qui, à la suite des démarches effectuées, détient une carte de donateur délivrée par la faculté de médecine.

L'établissement de santé acceptant le don pose différentes conditions d'admission :

- ✔ La personne qui pourvoit aux obsèques fournit la carte de donateur de la faculté de médecine au guichet du bureau des admissions de l'établissement,
- ✔ Les démarches, auprès de la faculté de médecine, sont effectuées par les agents du bureau des admissions,
- ✔ L'admission du corps se fera après obtention de l'accord de la faculté,
- ✔ Le transport de corps est autorisé par le maire de la commune du lieu de décès,
- ✔ Le corps ne doit pas avoir subi de prélèvement d'organes, ni d'autopsie, ni d'interventions chirurgicales récentes,
- ✔ Il ne doit pas présenter de problèmes médico-légaux, ni de maladies contagieuses,
- ✔ Le transport sera effectué sans mise en bière dans un délai de 48 heures,
- ✔ Les frais de transport sont à la charge du laboratoire d'anatomie.

### **III. H. CONSENTEMENT ET INFORMATIONS DU PATIENT**

#### **Article 89. Consentement**

Sauf disposition légale spécifique, tout acte ou traitement médical ne peut être entrepris que si le malade a été préalablement et précisément informé et a donné son consentement libre et éclairé.

En cas d'urgence vitale ou si impossibilité de recueillir le consentement éclairé du malade, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires, dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Ils tiennent informés, dès que possible, la famille du malade ou la personne de confiance.

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies infectieuses (V.I.H) ou génétiques, ne peut être effectué sans le consentement du patient.





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>73/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

Un refus peut modifier la prise en charge médicale.

### **Article 90. Refus de soins**

Lorsqu'un malade n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, peut être prononcée par le Directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable, dans la mesure du possible, faite au malade.

La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de refus est dressé.

Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent de l'hôpital.

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables en informant s'il y a lieu la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche.

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

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche.

### **Article 91. Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs ou des majeurs protégés**

Si, pour un mineur ou un majeur protégé, une intervention chirurgicale s'avère nécessaire, le consentement des père et mère ou représentant légal est demandé après information sur les soins et sur son état de santé. Une autorisation écrite leur est demandée.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale.

Mais le consentement du mineur doit être toujours systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Il s'agit du seul consentement nécessaire lorsque la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du malade risque d'être compromise par le refus de son représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin chef de service ou du département peut saisir le Procureur de la République, afin de provoquer les mesures d'assistance lui permettant de dispenser les soins qui s'imposent.

Dans le cas particulier, si, lors de l'admission d'un mineur ou d'un majeur protégé, il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou représentant légal en raison de leur éloignement ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent dès l'admission du mineur ou du majeur protégé, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Le mineur peut par ailleurs s'opposer expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale, lorsque le médecin ne parvient pas à obtenir son accord pour cette consultation, il peut alors se dispenser de rechercher le consentement des parents ou du représentant légal pour la mise en œuvre des actions médicales qui s'imposent pour sauvegarder la santé de l'intéressé, sous réserve de l'accompagnement du mineur par une personne majeure de son choix.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>74/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

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

### **Article 92. Consentement dans le cadre de la recherche biomédicale**

Les médecins peuvent proposer aux malades hospitalisés ou aux personnes venues pour consultation de participer à une recherche biomédicale.

La Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de déroulement de ces recherches.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (C.C.P.R.B) compétent.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée.

Le consentement libre, éclairé et exprès doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne compétente et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Les malades, ou le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

Le Directeur de l'hôpital et le Ministère chargé de la Santé doivent toujours être informés de la nature et des modalités des recherches entreprises.

### **Article 93. Information médicale**

#### **93.1. Information du malade sur les soins et sur son état de santé**

Les personnes hospitalisées doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles de déontologie qui leur sont applicables, les praticiens assurent aux malades les informations sur leur santé, ainsi que les traitements et soins proposés. Cette information doit être appropriée, accessible et loyale.

Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Pour tous les actes médicaux et chirurgicaux importants, le malade doit avoir été informé préalablement des risques et conséquences que ces actes pourraient entraîner.

#### **93.2. Dossier patient**

Un « dossier patient » est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique.

Il en est de même pour un patient reçu en consultation externe au sein de l'hôpital.

Le « dossier patient » est conservé par l'administration hospitalière, selon les cas, pour la durée requise.

#### **93.3. Communication du dossier médical**

*93.3.1. Personnes ayant accès au dossier médical, dans le cas d'un patient majeur :*

✓ Le patient lui-même



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>75/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

- ✓ Le tuteur, si le patient est majeur sous tutelle ( NB : une personne sous curatelle peut consulter elle-même son dossier)
- ✓ Le médecin éventuellement désigné par le patient

### 93.3.2. *Personnes ayant accès au dossier médical dans le cas d'un patient mineur :*

- ✓ Le mineur lui-même ou le médecin que le mineur aura éventuellement désigné
- ✓ Son représentant légal, sauf si le mineur s'oppose expressément à la consultation du dossier médical par le ou les titulaires de l'autorité parentale, afin de garder le secret sur son état de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-5.

### 93.3.3. *Personnes ayant accès au dossier médical dans le cas d'un patient décédé :*

- ✓ Les héritiers et ayants-droit, le concubin, ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant. Ces demandeurs doivent indiquer le motif de leur demande, leur droit d'accès étant limité aux informations nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits. Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.
- ✓ En cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès.

### 93.3.4. *Demande de communication du dossier médical*

La demande de communication du dossier médical doit être adressée par écrit au Directeur qui fait vérifier la qualité du demandeur, à savoir son identité et sa qualité de bénéficiaire d'un droit d'accès au dossier.

### 93.3.5. *Délais de communication du dossier médical*

Le dossier médical ne peut être communiqué qu'après l'observation d'un délai de réflexion de quarante-huit heures suivant la demande.

Le délai de communication à compter de la demande est de :

- ✓ huit jours si les informations médicales datent de moins de cinq ans
- ✓ deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

### 93.3.6. *Modalités de communication du dossier médical*

L'accès au dossier médical se fait directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que la personne désigne.

La consultation sur place est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la remise de copies, quel qu'en soit le support, le GHSA lui facture le coût de la reproduction et le cas échéant, de l'envoi des documents.

### 93.3.7. *Présence d'une tierce personne*

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



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>76/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques suite à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, ou sur décision du représentant de l'Etat, ou sur la base de l'article 706-135 du code de procédure pénale, 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.

Textes de référence :

- Loi n°2016-41 du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 189)
- Code de la Santé Publique : articles L.1110-4 ; L1111-7 ; R.1111-6 ; R.1112-2 à R.1112-4

**93.4. Le dossier médical partagé**

Un identifiant du dossier médical partagé (DMP) est généré pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Le DMP est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal. La création de ce DMP se fait auprès d'un hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel.

Le DMP favorise la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins. Le DMP comporte également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus, aux directives anticipées et à la personne de confiance. Les professionnels faisant partie d'une même équipe de soins peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

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

Le titulaire accède directement, par voie électronique, au contenu de son dossier. Il peut également accéder à la liste des professionnels qui ont accès à son dossier médical partagé. Il peut, à tout moment, la modifier et prendre connaissance des traces d'accès à son dossier. Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du DMP.

Les professionnels de santé accèdent au DMP d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, en présence d'une situation comportant un risque immédiat pour sa santé, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté ou alimenté dans une telle situation.

Le DMP n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

Le DMP est conservé pendant une durée de dix années à compter de sa clôture. En cas de décès du titulaire, les ayants droit, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité peuvent solliciter l'accès au dossier, pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits.

Textes de référence :

- Loi n°2016-41 du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. 96 et 97)
- Code de la Santé Publique : articles L. 1110-4 ; L. 1110-4-1 ; L1111-14 à L1111-24

**93.5. Information du médecin traitant à l'admission du malade**

Le GHSA fait parvenir au médecin désigné par le malade ou sa famille, une lettre lui faisant connaître la date et le service d'admission du malade et l'invitant à prendre contact avec le service hospitalier, à



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>77/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'en recevoir des nouvelles.

### 93.6. Information en cours d'hospitalisation

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin responsable du malade communique le plus rapidement possible au médecin désigné par ce dernier ou sa famille et qui en a fait la demande écrite, toute information relative à l'état du patient.

Une lettre de sortie est adressée au médecin traitant dans le délai maximum de huit jours.

Lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier, le médecin traitant est informé préalablement de son retour à domicile.

### 93.7. Consultation du dossier médical des consultations externes

Pour un patient reçu en consultation, la communication du dossier au médecin traitant de fait sur l'accord du patient.

Consultation des résultats d'examens anatomo et cyclo-pathologiques des malades hospitalisés et des consultations externes :

Pour les prélèvements qui sont effectués dans le cadre de l'hospitalisation par les unités de soins, les blocs opératoires ou les consultations, les résultats sont toujours adressés directement aux médecins hospitaliers prescripteurs et jamais aux malades, conformément aux directives propres à ces disciplines, mais ils peuvent leur être communiqués sur simple demande.

### 93.8. Demande d'information médicale par le juge d'instruction

Le juge d'instruction peut procéder à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité.

L'officier de police judiciaire agit sur commission rogatoire du juge d'instruction.

La saisie par le juge et la remise des documents médicaux se font en présence d'un représentant de l'ordre des médecins, du médecin chef de service, du médecin concerné et du Directeur ou de son représentant.

La saisie se fait sous scellés fermés.

### 93.9. Demande d'information médicale par un médecin expert auprès des tribunaux

- ✓ Soit le médecin expert agit dans l'intérêt du malade : les informations sont communiquées à l'expert avec l'accord du malade ou de ses ayants droit.
- ✓ Soit le médecin expert agit pour un tiers : Aucune information médicale ne doit lui être communiquée sauf s'il s'agit à la demande du juge d'instruction. Dans ce cas, il convient de vérifier la mission d'expertise.

### 93.10. Demande d'information par les services de police

Aucune information donnant des indications de nature médicale sur un malade ne peut être délivrée aux services de police. En fonction des circonstances, l'établissement peut donner des renseignements administratifs.

### 93.11. Enquête auprès des malades

- ✓ Enquête demandée par un organisme privé : La réalisation d'une enquête dans un Centre Hospitalier par un organisme privé est subordonnée à une autorisation du Ministère de la Santé.
- ✓ Enquête demandée par les services de police : les services de police ne peuvent pénétrer à l'intérieur d'un établissement hospitalier et procéder à un interrogatoire qu'après avoir sollicité et



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>78/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

obtenu l'autorisation préalable du Directeur et sur commission rogatoire, sauf sur demande auprès du patient.

### 93.12. Relation avec la famille

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

En l'absence d'opposition du malade, les indications d'ordre médical - telles que diagnostic et évolution de la maladie - ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale, de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille.

#### 93.1. Discrétion demandée par le malade

Le patient, y compris un mineur se déclarant opposé à la consultation de ses père et mère ou représentant légal et confirmant cette opposition, peut, à sa demande, bénéficier d'une garantie de non divulgation de leur présence.

### **Article 94. Désignation d'une personne de confiance**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Les professionnels informent le patient, ou la (les) personne(s) qu'il a désigné(s), sur son état de santé et sur les soins qui sont proposés, ils facilitent la demande d'information du patient.

Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site.

Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation.

### **Article 95. Les directives anticipées**

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger ses directives anticipées. Il s'agit des volontés du patient, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux qu'il souhaite ou non, s'il n'est plus en mesure de communiquer après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave.

Les directives anticipées concernent les conditions de la fin de vie du patient, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou les actes médicaux qui lui sont proposés.

Les professionnels de santé sont tenus de respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées rédigées et signées par le patient.

### **Article 96. Traitements informatiques et droits d'accès**

A l'occasion de l'admission et du séjour du malade au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : bureau des admissions, services médicaux et médico-techniques.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>79/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre III</b>

Le centre hospitalier veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations, les personnels en assurent la stricte confidentialité.

La loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a pour but de veiller au respect de ces principes.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi.

Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés, avant qu'il ne soit mis en exploitation.

Le centre hospitalier recourt aux traitements informatisés, d'informations nominatives dans le cadre de cette loi. Les droits d'accès et d'opposition s'exercent dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>80/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

## **CHAPITRE IV. DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

Les présentes dispositions s'appliquent à l'ensemble du personnel du GHSA, quelle que soit la catégorie professionnelle (personnel médical et non médical) ou la situation juridique des agents, qu'il s'agisse d'agents publics titulaires (fonctionnaires et autres catégories) ou d'agents non titulaires (auxiliaires, agents contractuels, vacataires). Le cas échéant, des précisions seront apportées pour les cas particuliers. Les acteurs hospitaliers sont soumis à des devoirs et disposent de droits.

Afin d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du service public hospitalier, le personnel de l'établissement est soumis à un certain nombre d'obligations (respect du secret professionnel, obligation de neutralité, obligation de réserve, respect des usagers et de leurs droits, respect des règles d'hygiène et de sécurité, devoir d'obéissance, devoir de moralité, devoir de probité, etc...).

En contrepartie, le personnel dispose de droits qui ne seront pas tous développés (comme le droit à rémunération, à repos, à congés, à retraite, à avancement, etc...). Le présent règlement intérieur traitera essentiellement de l'exercice des libertés publiques (liberté d'opinion, liberté d'expression, droit syndical, droit de grève, etc...) qui peuvent comporter certaines limitations légales, ainsi que de du droit à la formation, de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes et de la protection des agents victimes d'outrages ou de violences dans l'exercice de leurs fonctions.

### **IV. A. 1 - LES PRINCIPES REGISSANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

#### **Article 97. Le principe de continuité**

Il constitue un des aspects de la continuité de l'État et a été qualifié de principe constitutionnel par le Conseil constitutionnel (1979). Il repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Le GHSA doit assurer 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 assurer la permanence des soins. Leur organisation permet le recours 24h/24 aux compétences médicales et chirurgicales nécessaires, ainsi qu'aux examens d'imagerie et de biologie.

Le bon fonctionnement du GHSA repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble du personnel, qui conditionne l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants.

La gestion prévisionnelle des congés revêt également une importance particulière.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par le Directeur après avis de la Commission Médicale d'Établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le Directeur sur proposition du Chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Sur la base de cette organisation, le Chef de pôle ou, à défaut, le responsable de la structure interne organise, après consultation des praticiens de la structure, la prise des jours de congé sur certaines périodes de l'année en fonction de l'activité.

Le remplacement des praticiens hospitaliers durant leurs congés ou absences occasionnelles est assuré par des praticiens de même discipline selon les modalités arrêtées par la direction, en concertation avec les Chefs de pôle et donnant lieu au tableau de service mensuel.





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>81/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Pour le personnel non médical, une gestion proactive des congés tenant compte de l'activité prévisionnelle et, dans toute la mesure du possible, des souhaits des agents, doit être assurée dans le respect de la réglementation.

Toutefois, ce principe de continuité doit s'accommoder du principe, constitutionnel lui aussi, du droit de grève, développé plus loin.

Textes de référence :

- *Code de la santé publique : Articles L.6112-3 ; R.6152-26 ; R.6152-31 ; R.6152-35*

**Article 98. Le principe d'égalité**

Ce principe à valeur constitutionnelle, est l'application à ce domaine du principe général d'égalité de tous devant la loi, proclamé par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, le GHSA garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ses missions de service public un égal accès à des soins de qualité. Les obligations qui lui incombent s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public.

Texte de référence :

- *Code de la santé publique : Article L.6112-3*

**Article 99. Le principe de neutralité**

Ce principe constitue le corollaire du principe d'égalité et s'impose à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Dès lors, tout professionnel de santé qui refuserait de dispenser des soins à un patient en raison de son origine, de son sexe, de sa situation familiale, de son état de santé, de son handicap, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, sera susceptible de se voir infliger des sanctions disciplinaires, pénales et/ou civiles.

L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...).

Il est strictement interdit au personnel d'arborer sur les lieux de travail toute marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique.

Textes de référence :

- *Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.*
- *Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.*
- *Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.*

**Article 100. Le principe de laïcité**

Selon l'avis du Conseil d'Etat en date du 3 mai 2000, « il résulte des textes constitutionnels et législatifs que le principe de liberté de conscience ainsi que celui de la laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics s'appliquent à l'ensemble de ceux-ci. »

Le principe de laïcité des services publics fait obstacle à ce que ses agents manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire destinés à marquer leur appartenance à une religion. Il interdit également toute forme de prosélytisme. Ce principe,



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>82/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

qui vise à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les agents de l'établissement.

Le Directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. Par conséquent, il lui appartient de faire respecter les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité par le personnel et, en cas de manquement à ces obligations, de prendre les mesures disciplinaires nécessaires.

Textes de référence :

- Code de la santé publique : Article L.6143-7
- Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.
- Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.; Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements public de santé.

**Article 101. Le principe d'adaptabilité**

Le principe d'adaptabilité ou de mutabilité, est un corollaire du principe de continuité. Il s'agit d'assurer au mieux, non seulement la continuité du service public hospitalier, mais également sa qualité et son adaptation aux besoins des usagers dans le temps.

Dans le cadre de son projet d'établissement et, plus particulièrement, de son projet social, GHSA entend favoriser le développement professionnel continu et une politique forte de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

**IV. B. LES OBLIGATIONS LIEES AU RESPECT DU PATIENT**

**Article 102. Les principes généraux relatifs à la déontologie et aux obligations du personnel**

Aux termes de l'article 25 de la loi n°83-364 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, modifié par l'article 1er de la loi n°2016-483 du 20 avril 2016, relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires :

Le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité.

Dans l'exercice de ses fonctions, il est tenu à l'obligation de neutralité.

Le fonctionnaire exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses.

Le fonctionnaire traite de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité.

Il appartient à tout chef de service de veiller au respect de ces principes dans les services placés sous son autorité. Tout chef de service peut préciser, après avis des représentants du personnel, les principes déontologiques applicables aux agents placés sous son autorité, en les adaptant aux missions du service.

Dans le cadre du présent règlement intérieur, ces principes s'appliquent à l'ensemble du personnel du GHSA (médical, soignant, médico-technique, technique, administratif...), quel que soit son statut (fonctionnaire ou non).

**Article 103. Le devoir de bientraitance**

La bientraitance, entendue comme culture du respect de la personne soignée et de sa dignité, est une valeur fondamentale du GHSA, qui inspire les actions individuelles et les relations collectives au sein de l'établissement et vise à garantir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>83/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Les personnels du GHSA, sans distinction de grade ou de fonction, mettent tout en œuvre pour garantir le respect des droits de la personne soignée et assurer au mieux le confort physique et moral des usagers dont ils ont la charge. Ils concourent au climat de sécurité et de calme indispensable et participent à la lutte contre le bruit, particulièrement dans les services d'hospitalisation.

#### **Article 104. Le devoir d'accueil et d'information**

Le personnel de l'établissement est formé à l'accueil des usagers. Il répond aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement (secret professionnel, etc...) et donne aux patients et à leurs proches, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les enseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leurs familles. En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical telles que diagnostic et évolution de la maladie ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres infirmiers.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le personnel veille à ce que chaque personne hospitalisée reçoive, dès son arrivée dans l'établissement, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé. Il invite les patients à compléter le questionnaire de sortie annexé au livret d'accueil et à le déposer au moment de sa sortie.

Par ailleurs, le personnel délivre une information écrite et orale à la personne admise ou hébergée, ou à son représentant légal, concernant le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement (sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement ou des objets de valeur, bijoux...), en lui recommandant de ne conserver auprès d'elle que des objets de faible valeur.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

Toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

##### Textes de référence :

- *Code de la Santé Publique : articles L.1111-2 à L.1111-3 ; L.1112-2 ; L.1113-1 ; R.1112-41 ;*
- *R.1112-42 ; R.1113-1*

#### **Article 105. Le respect du secret professionnel**

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect du secret des informations la concernant.

Le secret professionnel couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance de tout membre du personnel de l'établissement et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'établissement. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels et bénévoles intervenant dans le système de santé.

Le Code de déontologie médicale précise que le couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Au plan pénal, la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>84/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende. Ces dispositions ne s'appliquent pas dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Ainsi, le médecin est obligé :

- ✓ De déclarer les naissances ;
- ✓ De déclarer les décès ;
- ✓ De déclarer les maladies contagieuses et les infections sexuellement transmissibles dont la liste est fixée par décret ;
- ✓ D'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques ;
- ✓ D'établir pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats décrivant les lésions et leurs conséquences ;
- ✓ De fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite ;
- ✓ De transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, ainsi qu'au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'accidents médicaux, d'exposition à l'amiante,...
- ✓ De communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires ;
- ✓ De communiquer au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité de l'établissement.

En outre, les dispositions pénales ne sont pas applicables :

- ✓ À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- ✓ Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République ou du Président du Conseil Départemental (Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être), les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
- ✓ Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

En cas de non-révélation d'actes dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toutes mesures utiles pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Le questionnement du patient pratiqué, tant par le personnel médical que paramédical ou administratif, doit se dérouler dans des conditions de confidentialité.

L'examen clinique peut, avec l'accord du patient, se dérouler en présence de plusieurs personnes (élèves et étudiants médecins ou non-médecins en cours de formation) qui sont tenues de respecter le secret de ce qu'elles ont vu et entendu. Il est de la responsabilité des chefs de pôle et des responsables d'unités de faire respecter cette règle au quotidien.

Textes de référence :

- *Code la Santé Publique : articles L 1110-4 ; L.1413-4 ; L.1413-5 ; L.2132-2 ; L.3212-1 ; L.3213-1 ;*



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>85/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

- L.3113-1 ; L.3413-2 ; R.4127-4
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 26) Code Civil : articles 56 ; 80
- Code Pénal : articles 226-13 et 14 ; 434-1 et 434-11
- Code de Procédure Pénale : article. 40
- Code de Déontologie Médicale : article. 44
- Code de la Sécurité Sociale : articles L441-6 ; L.461-5 ; L.461.6 Code de l'Action sociale : article L.226-3

### **Article 106. L'obligation de discrétion professionnelle**

En sus des règles relatives au secret professionnel, l'ensemble du personnel hospitalier est tenu par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Cette obligation s'applique à l'égard des usagers, mais aussi entre agents publics, à l'égard de collègues qui n'ont pas, du fait de leurs fonctions, à connaître les informations en cause.

Les membres des instances de l'établissement ( Conseil de surveillance, Commission médicale d'établissement, Comité technique d'établissement, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Commissions administratives paritaires, etc...), ainsi que les personnes invitées par ces instances, sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les agents ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse du Directeur.

#### Texte de référence :

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 26)

### **Article 107. Le devoir de réserve**

Tout membre du personnel doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers et les autres agents.

Cette obligation ne concerne pas le contenu des opinions (la liberté de conscience et d'opinion est reconnue aux agents publics) mais leur mode d'expression. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les usagers ou les autres membres du personnel. Le droit de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service.

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers.

### **Article 108. Le respect de la liberté de conscience et d'opinion**

La liberté de conscience, de croyance et d'opinion des usagers doit être rigoureusement respectée par le personnel de l'établissement, qui s'abstiendra d'exercer toute propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, sur les patients et leurs proches.

Tout agent public a un devoir strict de neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait, pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient aux responsables des services de l'établissement de faire respecter l'application du principe de laïcité dans ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents de l'établissement, dans le respect des règles énoncées ci-dessus.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>86/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Texte de référence :

- *Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.*
- *Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.*
- *Guide de l'Observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé.*

**Article 109. Le respect du libre choix**

Le libre choix des patients et des familles doit être respecté par le personnel, notamment en ce qui concerne :

- Le praticien et l'établissement de santé
- Le régime d'hospitalisation (régime commun ou régime particulier)
- Le secteur public ou le secteur libéral L'entreprise de transport sanitaire pour le retour à domicile
- L'entreprise funéraire
- Les fournisseurs d'appareillage et de dispositifs médicaux
- Les prestataires d'aides et de services à la personne.

Textes de référence :

- *Code la Santé Publique : article L.1110-8*
- *Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative aux transports de patients*

**Article 110. Le respect de la dignité**

La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie et jusqu'après sa mort.

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. De manière générale, l'ensemble du personnel participant à la prise en charge du patient doit veiller au respect de sa dignité.

Ainsi, toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Le personnel médical et soignant doit s'assurer que la douleur soit en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Toute personne a le droit de recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé et de bénéficier des thérapeutiques les plus efficaces et sûres au regard des connaissances médicales avérées.

Toutefois, ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en lui dispensant les soins palliatifs adaptés, de nature à soulager sa douleur et apaiser sa souffrance psychique.

Textes de référence :

- *Code civil : article 16*
- *Code de la Santé publique : articles L.1110-2 ; 1110-5 ; L.1110-10 ; L1112-4 ; R.4127-2*

**Article 111. Le respect de l'intimité**

L'intimité du patient doit être préservée par le personnel tout au long du séjour et notamment lors des soins, des toilettes, des consultations et des transports.

Les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux qui conduisent à un examen du patient en présence d'élèves ou d'étudiants nécessitent le consentement préalable du patient.

Par ailleurs, le personnel veillera au respect de la chambre du malade, assimilée à son domicile (arrêt de la Cour d'appel de Paris du 17 mars 1986) et dont l'accès doit être autorisé par le patient ou le résident. Aussi est-il recommandé de frapper à la porte de la chambre avant d'entrer.

Le personnel refusera l'accès des journalistes, photographes, démarcheurs et représentants aux malades, sauf accord de ceux-ci et autorisation écrite donnée par le Directeur.

Chapitre I

Chapitre II

Chapitre III

Chapitre IV

Chapitre V

Chapitre VI

Chapitre VII

Chapitre VIII

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>87/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Enfin, le personnel doit respecter la demande exprimée par le patient :

- ✓ Qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement ;
- ✓ Qu'aucune information ne soit donnée sur son état de santé ;
- ✓ Que certaines personnes désignées par lui ne soient pas autorisées à le voir.

#### **IV. C. LES REGLES DE BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE**

##### **Article 112. L'assiduité et la ponctualité**

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du GHSA et qui conditionnent l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants. Il doit respecter ses horaires de travail établis en application des dispositions réglementaires et fixés par tableaux de services.

##### **Article 113. L'exigence d'une tenue correcte**

Une tenue correcte au niveau du port vestimentaire et du langage s'impose à l'ensemble du personnel, car elle participe au respect dû aux usagers ainsi qu'aux collègues de travail.

Ainsi, le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits. De même les propos véhéments ou les éclats de voix entre agents de l'établissement sont à éviter, particulièrement en présence du public, car ils portent préjudice à l'image de l'établissement et à l'ambiance de travail.

##### **Article 114. La prévention des conduites addictives**

###### **114.1. L'interdiction de la consommation de substances psychoactives**

L'établissement est tenu d'une double obligation de sécurité, envers les usagers et envers ses agents, Il prend « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (*article L4121-1 du code du travail*). Si l'établissement manque à son obligation de sécurité, il peut être poursuivi en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Sa responsabilité pénale peut également être engagée en cas, notamment, de mise en danger d'autrui (blessures ou homicides involontaires). L'établissement est, par ailleurs, responsable des dommages que ses agents peuvent causer aux usagers (*article 1384 du Code civil*).

C'est pourquoi, les conséquences de la consommation, même occasionnelle, de substances psychoactives (boissons alcoolisées et/ou de produits stupéfiants) par les agents sur le lieu de travail font l'objet d'une évaluation des risques et de mesures de prévention adaptées, notamment dans le cadre du document unique du GHSA.

Compte tenu des risques particulièrement élevés de provoquer des dommages graves et irréversibles aux usagers, particulièrement en matière de soins, de brancardage et de transport des patients ou de manipulation de produits chimiques, biologiques ou autres produits dangereux, la consommation de boissons alcoolisées et/ou de toute autre substance psychoactive non prescrite médicalement est interdite sur le lieu de travail.

Il est également interdit d'introduire des boissons alcoolisées ou des produits psychoactifs (drogues...) sur le lieu de travail.

Tous les agents de l'établissement intervenant au niveau des soins et des examens pratiqués sur les malades et notamment le personnel médical, soignant et médico-technique, ainsi que tous les agents intervenant au niveau du brancardage des patients ou de la conduite de véhicules de transport sont considérés comme occupant des postes de « sûreté et de sécurité », c'est-à-dire de postes de travail où « une défaillance humaine, ou même un simple défaut de vigilance peut entraîner des conséquences graves pour soi-même ou pour autrui ».

Pour mémoire, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants sont réprimés pénalement (*article 222-37 du code pénal*).

L'article L.342-1 code de la santé publique dispose que « l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>88/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Les personnes coupables de ce délit encourent également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à *l'article 131-35-1 du code pénal*.

Si l'infraction est commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, .... les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 Euros d'amende. »

#### 114.2. La conduite à tenir en cas d'ébriété d'un agent

Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse (article R4228-21 du code du travail).

Quand un agent se trouve dans un état d'ébriété manifeste, tout collègue constatant cet état en informe immédiatement l'encadrement dans les délais les plus brefs et, en cas d'inconscience de l'intéressé, prend les mesures de protection adaptées et alerte les secours internes. Dans cette situation, le supérieur hiérarchique en informe le Directeur de site ou le Directeur de garde et effectue, à titre préventif, un retrait immédiat de l'agent en état d'ébriété de son poste de travail.

Un contrôle d'alcoolémie sera effectué sur l'agent concerné. En effet, l'air expiré n'est pas considéré comme un échantillon biologique. Par conséquent, un éthylotest peut être réalisé par l'employeur, conformément à la jurisprudence (voir notamment les arrêts de la Cour de Cassation, Chambre sociale, des 22 mai 2002 – n°99-45878 ; 24 février 2004 – n°01-47000 ; 31 mars 2015 – n°13-25.436),

Il fera fait appel au médecin du travail, afin que celui-ci voie l'agent pour, d'une part, procéder aux constatations médicales propres à son état et, le cas échéant, mettre en place un dispositif de suivi et d'accompagnement et, d'autre part, conseiller l'encadrement sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'intéressé. En effet, en dehors des examens médicaux d'embauche ou périodiques, l'employeur peut demander au médecin du travail un nouvel examen médical pour vérifier l'aptitude du travailleur (article R4624-14 du code du travail).

Une fouille du vestiaire et/ou, le cas échéant, du bureau de l'agent pourra être réalisée, à des fins exclusives de sécurité, en présence de l'agent et d'un témoin, qui peut être un représentant du personnel.

L'agent en état d'ébriété est invité à regagner son domicile, en lui interdisant de prendre le volant de sa voiture et en s'assurant que le comportement de l'agent n'est pas susceptible d'entraîner un risque pour lui-même ou pour autrui. En cas de risque potentiel, un accompagnement de l'agent sera organisé, soit en lien avec sa famille, soit par un ou deux agents de l'établissement.

En cas de difficultés, ou de refus de l'agent, la police sera prévenue.

Un rapport est ensuite établi par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné et adressé à la Direction.

#### 114.3. La conduite à tenir en cas d'état manifestement incompatible avec l'exercice des fonctions

Quand un agent se trouve dans un état manifestement incompatible avec l'exercice de ses fonctions (conduite addictive manifeste ; propos incohérents ...), tout collègue constatant cet état en informe immédiatement l'encadrement dans les délais les plus brefs et, en cas d'inconscience de l'intéressé prend les mesures de protection adaptées et alerte les secours internes.

Le supérieur hiérarchique de l'agent concerné lui rappelle ses obligations professionnelles, en centrant ses propos sur la sécurité. Il prévient le Directeur ou le Directeur de garde et effectue, à titre préventif, un retrait immédiat de l'agent de son poste de travail.

Il fait appel au médecin du travail, afin que celui-ci voie l'agent pour procéder aux constatations médicales propres à son état et prescrive, s'il l'estime nécessaire, un test de dépistage médical de drogues. Ce dépistage se fait en prélevant un échantillon biologique. Il constitue un examen de biologie médicale relevant de la compétence d'un biologiste.

Le médecin du travail pourra également mettre en place un dispositif de suivi et d'accompagnement et conseiller l'encadrement sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'intéressé.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>89/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Une fouille du vestiaire de l'agent pourra être réalisée, à des fins exclusives de sécurité, en présence de l'agent et d'un témoin, qui peut être un représentant du personnel. Les éventuels produits suspects seront confisqués et remis aux autorités judiciaires sans possibilité d'en identifier nominativement la provenance (sans indiquer l'identité de l'agent).

L'agent est invité à regagner son domicile, en lui interdisant de prendre le volant de sa voiture et en s'assurant que le comportement de l'agent n'est pas susceptible d'entraîner un risque pour lui-même ou pour autrui. En cas de risque potentiel, un accompagnement de l'agent sera organisé, soit en lien avec sa famille, soit par un ou deux agents de l'établissement.

En cas de difficultés, la police sera prévenue.

Un rapport est ensuite établi par le supérieur hiérarchique de l'agent concerné et adressé à la Direction.

Sur la base des faits établis, la direction est en droit de donner une suite disciplinaire aux situations évoquées ci-dessus. En effet, au vu de la jurisprudence, l'agent en état d'ivresse publique et manifeste et/ou sous l'emprise de produits stupéfiants pendant son temps de travail, commet une faute personnelle détachable du service.

Textes de référence :

- Code du travail : articles L.4121-1 ; R.4228-20 ; R.4228-21 ; R4624-17
- Code civil : article 1384
- Code pénal : articles 131-35-1 ; 222-37 ; 223-6
- Code de la santé publique : articles L3421-1 ; L6211-1 ; L6211-7 ; R3511-1 Code de la route : articles L235-1 et R234-1

**Article 115. L'identification des agents**

Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. L'identification des professionnels du GHSA se fait grâce à un badge apposé sur la tenue professionnelle, mentionnant leur nom et leur fonction.

Dans les locaux administratifs, les noms des agents et leurs fonctions sont affichés à l'entrée des bureaux.

Texte de référence :

- ✓ Code de la Santé : article R.1112-42

**Article 116. L'interdiction d'exercer une activité lucrative et ses dérogations**

La loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 crée des dispositions nouvelles, dont les conditions d'application sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'article 7 de la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 crée un article 25 septies après l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, rédigé comme suit :

- ✓ Le fonctionnaire consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sous réserve des II à V du présent article. Il est interdit au fonctionnaire :
  1. De créer ou de reprendre une entreprise lorsque celle-ci donne lieu à immatriculation au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou à affiliation au régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, s'il occupe un emploi à temps complet et qu'il exerce ses fonctions à temps plein ;
  2. De participer aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif ;
  3. De donner des consultations, de procéder à des expertises ou de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ne relevant pas du secteur concurrentiel ;
  4. De prendre ou de détenir, directement ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre son indépendance ;



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>90/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

5. De cumuler un emploi permanent à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet.

- ❖ Il est dérogé à l'interdiction d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative :
  1. Lorsque le dirigeant d'une société ou d'une association à but lucratif, lauréat d'un concours ou recruté en qualité d'agent contractuel de droit public, continue à exercer son activité privée pendant une durée d'un an, renouvelable une fois, à compter de son recrutement ;
  2. Lorsque le fonctionnaire, ou l'agent dont le contrat est soumis au code du travail en application des articles 34 et 35 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, occupe un emploi permanent à temps non complet ou incomplet pour lequel la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail.

La dérogation fait l'objet d'une déclaration à l'autorité hiérarchique dont l'intéressé relève pour l'exercice de ses fonctions.

- ❖ Le fonctionnaire qui occupe un emploi à temps complet peut, à sa demande, être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève à accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise et à exercer, à ce titre, une activité privée lucrative.  
L'autorisation d'accomplir un service à temps partiel, qui ne peut être inférieur au mi-temps, est accordée, sous réserve des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service et compte tenu des possibilités d'aménagement de l'organisation du travail, pour une durée maximale de deux ans, renouvelable pour une durée d'un an, à compter de la création ou de la reprise de cette entreprise.

Une nouvelle autorisation d'accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise ne peut être accordée moins de trois ans après la fin d'un service à temps partiel pour la création ou la reprise d'une entreprise.

La demande d'autorisation prévue aux deuxième et troisième alinéas du présent III est soumise au préalable à l'examen de la commission mentionnée à l'article 25 octies de la présente loi, dans les conditions prévues aux II, V et VI du même article.

- ❖ Le fonctionnaire peut être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève à exercer à titre accessoire une activité, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui lui sont confiées et n'affecte pas leur exercice. Par dérogation au 1° du I du présent article, ces activités peuvent être exercées sous le régime prévu à l'article L.133-6-8 du code de la sécurité sociale.

Il peut notamment être recruté comme enseignant associé en application de l'article L.952-1 du code de l'éducation.

- ❖ La production des œuvres de l'esprit, au sens des articles L. 112-1, L. 112-2 et L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle, s'exerce librement, dans le respect des dispositions relatives au droit d'auteur des agents publics et sous réserve de l'article 26 de la présente loi.

Les membres du personnel enseignant, technique ou scientifique des établissements d'enseignement et les personnes pratiquant des activités à caractère artistique peuvent exercer les professions libérales qui découlent de la nature de leurs fonctions.

- ❖ Sans préjudice de l'engagement de poursuites disciplinaires, la violation du présent article donne lieu au reversement des sommes perçues au titre des activités interdites, par voie de retenue sur le traitement.

- ❖ Les conditions d'application du présent article, notamment la liste des activités susceptibles d'être exercées à titre accessoire en application du IV, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Cet article 25 septies est applicable aux praticiens hospitaliers mentionnés aux 1 à 4 de l'article L6152-1 du Code de la santé publique. Par ailleurs, les textes d'application préciseront les conditions dans lesquelles ces personnels peuvent consacrer une partie de leur temps de service à la réalisation d'expertises ordonnées par un magistrat en application du code de procédure pénale.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>91/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Enfin, l'activité libérale des praticiens hospitaliers sous forme de consultations, d'actes et/ou de soins en hospitalisation peut être autorisée par contrat, à la triple condition que le praticien exerce personnellement à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public, que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire et que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Textes de référence :

- ✓ *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires (article 25 septies)*
- ✓ *Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié par le décret 2011-82 du 20 janvier 2011 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.*
- ✓ *Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 7 insérant un article 25 septies après l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires). Code de la santé publique : article L6152-4.*

**Article 117. L'obligation de prévenir ou de faire cesser les situations de conflit d'intérêts**

Le fonctionnaire veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

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

A cette fin, le fonctionnaire qui estime se trouver dans une situation de conflit d'intérêts :

- ✓ Lorsqu'il est placé dans une position hiérarchique, saisit son supérieur hiérarchique ; ce dernier, à la suite de la saisine ou de sa propre initiative, confie, le cas échéant, le traitement du dossier ou l'élaboration de la décision à une autre personne ;
- ✓ Lorsqu'il a reçu une délégation de signature, s'abstient d'en user ;
- ✓ Lorsqu'il appartient à une instance collégiale, s'abstient d'y siéger ou, le cas échéant, de délibérer ;
- ✓ Lorsqu'il exerce des fonctions juridictionnelles, est suppléé selon les règles propres à sa juridiction ;
- ✓ Lorsqu'il exerce des compétences qui lui ont été dévolues en propre, est suppléé par tout délégué, auquel il s'abstient d'adresser des instructions.

La nomination dans l'un des emplois dont le niveau hiérarchique ou la nature des fonctions le justifient, mentionné sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat, est conditionnée à la transmission préalable par le fonctionnaire d'une déclaration exhaustive, exacte et sincère de ses intérêts à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Lorsque l'autorité hiérarchique constate que le fonctionnaire se trouve dans une situation de conflit d'intérêts, au sens du I de l'article 25 bis, elle prend les mesures nécessaires pour y mettre fin ou enjoint au fonctionnaire de faire cesser cette situation dans un délai qu'elle détermine.

Lorsque l'autorité hiérarchique ne s'estime pas en mesure d'apprécier si le fonctionnaire se trouve en situation de conflit d'intérêts, elle transmet la déclaration d'intérêts de l'intéressé à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP). Celle-ci apprécie, dans un délai de deux mois à compter de la réception de la déclaration, si le fonctionnaire dont la déclaration d'intérêts lui est transmise se trouve dans une situation de conflit d'intérêts.

Dans le cas où la HATVP constate que le fonctionnaire se trouve en situation de conflit d'intérêts, elle adresse une recommandation à l'autorité hiérarchique. Cette dernière prend les mesures nécessaires pour mettre fin à cette situation ou enjoint au fonctionnaire de faire cesser cette situation dans un délai qu'elle détermine.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>92/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Dans les autres cas, la Haute Autorité informe l'autorité hiérarchique et le fonctionnaire concerné que la situation n'appelle aucune observation.

Une commission de déontologie de la fonction publique est placée auprès du Premier ministre pour apprécier le respect des principes déontologiques inhérents à l'exercice d'une fonction publique.

La commission est chargée d'examiner la compatibilité du projet de création ou de reprise d'une entreprise par un fonctionnaire sur le fondement du III de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983, avec les fonctions qu'il exerce (cf supra, article du RI sur l'interdiction d'exercer une activité lucrative).

Le fonctionnaire cessant définitivement ou temporairement ses fonctions ou, le cas échéant, l'autorité dont il relève dans son corps ou dans son cadre d'emploi d'origine saisit à titre préalable la commission afin d'apprécier la compatibilité de toute activité lucrative, salariée ou non, dans une entreprise privée ou un organisme de droit privé, ou de toute activité libérale, avec les fonctions exercées au cours des trois années précédant le début de cette activité.

La commission apprécie si l'activité qu'exerce ou que projette d'exercer le fonctionnaire risque de compromettre ou de mettre en cause le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service, de méconnaître tout principe déontologique mentionné à l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983, ou de placer l'intéressé en situation de commettre l'infraction prévue à l'article 432-13 du code pénal.

La commission rend, dans un délai de deux mois à compter de sa saisine, un avis :

- ❖ De compatibilité ;
- ❖ De compatibilité avec réserves, celles-ci étant prononcées pour une durée de deux ans lorsque l'avis est rendu en application du II et de trois ans suivant la cessation des fonctions lorsque l'avis est rendu en application du III ;
- ❖ D'incompatibilité.

Les avis rendus au titre des 2° et 3° lient l'administration et s'imposent à l'agent.

Toutes ces dispositions (articles 11, 25 septies et 25 octies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires) sont applicables aux praticiens hospitaliers mentionnés aux 1 à 4 de l'article L6152-1 du Code de la santé publique.

Textes de référence :

- ❖ *Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 2 et 5 insérant les articles 25 bis à 25 sexies et article 10 créant un article 25 octies après l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)*
- ❖ *Code de la santé publique : article L6152-4*

**Article 118. L'obligation de désintéressement**

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le GHSA, de nature à compromettre leur indépendance. Il est également interdit à tout agent du GHSA de participer, même à titre non lucratif, aux organes de direction de sociétés ou d'associations qui n'ont pas la qualité d'œuvres sans but lucratif présentant un caractère social ou philanthropique et dont la gestion est désintéressée.

Si un agent a un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une entreprise en relation avec l'établissement, et qu'il participe au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de le mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'il est impliqué dans une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise, il doit en informer la direction pour lui permettre de prévenir tout conflit d'intérêts.

Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de faire connaître ces liens au public lorsqu'ils s'expriment sur lesdits produits lors d'une manifestation publique, d'un enseignement universitaire ou d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique, dans la presse écrite ou audiovisuelle ou par toute publication écrite ou en



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>93/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

ligne. Les conditions d'application sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Les manquements à ces règles sont punis de sanctions prononcées par l'Ordre professionnel compétent.

Textes de référence :

- ✓ *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 25)*
- ✓ *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé » (article 115)*
- ✓ *Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié par le décret 2011-82 du 20 janvier 2011 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat Code de la Santé Publique : article L.4113-13*

**Article 119. L'interdiction de recevoir des avantages en nature ou en espèces**

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les malades ou leurs proches, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Il est interdit au personnel de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit et de manière directe ou indirecte, de la part d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Toutefois, cette interdiction ne s'applique pas aux avantages prévus par conventions passées entre les membres des professions médicales et des entreprises, dès lors que ces conventions ont pour objet explicite et but réel des activités de recherche ou d'évaluation scientifique, qu'elles sont, avant leur mise en application, soumises pour avis au Conseil départemental de l'Ordre compétent et notifiées, lorsque les activités de recherche ou d'évaluation sont effectuées, même partiellement, dans l'établissement, au Directeur, et que les rémunérations ne sont pas calculées de manière proportionnelle au nombre de prestations ou produits prescrits, commercialisés ou assurés. Il ne s'applique pas également aux avantages prévus par conventions passées entre des étudiants se destinant aux professions médicales et des entreprises lorsque ces conventions ont pour objet des activités de recherche dans le cadre de la préparation d'un diplôme.

De manière générale, et sauf dérogation légale, il est interdit au personnel de l'établissement de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, de la part de fournisseurs de biens ou de services du GHSA.

Le Code pénal punit de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 Euros d'amende le fait, par une personne chargée d'une mission de service public, de solliciter ou d'agréer, sans droit, à tout moment, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour elle-même ou pour autrui, soit pour accomplir ou s'abstenir d'accomplir un acte de sa fonction, soit pour abuser de son influence réelle ou supposée en vue de faire obtenir d'une autorité ou d'une administration publique des marchés ou toute autre décision favorable.

Textes de référence :

- ✓ *Code de la Santé : articles L.4113-6 ; R.1112-51 Code pénal : article 432-11.*

**Article 120. L'exécution des instructions reçues**

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il 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. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés

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

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Texte de référence :

- ✓ *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 28)*



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>94/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

### **Article 121. L'information du supérieur hiérarchique**

Tout agent de l'établissement doit informer dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer son service planifié, ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Les agents chargés de conduire un véhicule de l'établissement doivent immédiatement informer leur supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont ils pourraient être l'objet.

### **Article 122. Les relations avec les médias**

Le personnel peut être confronté à des demandes émanant des médias (presse écrite, audio-visuelle...). Plusieurs situations peuvent se présenter :

- ✓ Un praticien de l'établissement ou un autre agent est sollicité à titre personnel sur un sujet dont il est spécialiste et dont l'objet est a priori sans conséquences, ni pour les patients, ni pour l'institution. A titre d'exemple, il peut s'agir d'une interview donnée par un praticien lors d'un congrès sur un sujet médical dont il est spécialiste. Dans ce cas, il est libre de répondre aux médias en assumant ses responsabilités. L'agent a toutefois un devoir de réserve concernant les activités de l'établissement.
- ✓ Le praticien ou tout autre agent est sollicité pour la réalisation d'un reportage concernant un ou plusieurs patients. Il convient de rappeler que les patients ont droit au respect de leur vie privée et que la chambre du malade hospitalisé est assimilée à son domicile. L'accès des journalistes, photographes et cameramen ne peut se faire qu'après l'accord du ou des patients, du praticien responsable du pôle ou de l'unité et l'autorisation écrite donnée par le Directeur.  
Pour mémoire, le Code Pénal punit d'un an d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende le fait, au moyen d'un procédé quelconque, volontairement de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui, en captant, enregistrant ou transmettant, sans le consentement de leur auteur, des paroles prononcées à titre privé ou confidentiel et/ou en fixant, enregistrant ou transmettant, sans le consentement de celle-ci, l'image d'une personne se trouvant dans un lieu privé.  
Par ailleurs, le Directeur garde un contrôle sur les événements médiatiques dans l'enceinte du GHSA, car il est le garant de la sécurité et de la tranquillité de l'ensemble des malades.  
Le médecin est le gardien du secret médical qui appartient à son patient. Il doit aussi l'informer le patient des possibilités de préserver son identité, s'il le souhaite.
- ✓ Le praticien ou tout autre agent est sollicité pour donner des informations pouvant engager l'institution, comme par exemple en « situation de crise » (accident mortel, suicide, dysfonctionnements dans un service, incident technique, conflits entre personnels,...). Dans ces situations, il convient de ne pas répondre aux sollicitations, d'inviter les journalistes à s'adresser à la Direction et d'en informer aussitôt le Directeur. Ce dernier, en sa qualité de représentant légal de l'établissement est seul habilité à communiquer, en concertation avec les pouvoirs publics, si nécessaire. Il peut prendre toutes mesures qu'il estime utiles, comme réunir une cellule de crise ad hoc, ou un Directoire extraordinaire, afin de mettre en place le dispositif de communication le plus adapté.  
Cependant, comme indiqué à l'article 117 du règlement, le devoir de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

#### Textes de référence :

- Code Civil : article 9
- Code Pénal : articles 226-1 ; 226-2

### **Article 123. L'audition par la justice, la police ou la gendarmerie**

Tout agent appelé à être entendu par la justice ou les autorités de police ou de gendarmerie sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement de l'établissement, doit en prévenir le Directeur ou son représentant, conformément à la procédure en vigueur.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>95/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

### **Article 124. L'obligation de signalement des incidents et événements indésirables**

Tout agent de l'établissement 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 (y compris en cas de surdosage, de mésusage, d'abus et d'erreur médicamenteuse), 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 (pharmacovigilance, hématovigilance et matériovigilance), selon les procédures en vigueur.

Lorsqu'une personne habilitée à prescrire, dispenser ou administrer des médicaments constate un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dérivé du sang, elle en fait la déclaration immédiate, même si elle n'a pas personnellement prescrit, dispensé ou administré le médicament en cause.

Les utilisateurs d'un dispositif et les tiers ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers doivent le signaler sans délai à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Au cas où un agent relève un risque ou un événement indésirable (EI) lié :

- ✓ À la prise en charge du patient (organisation et coordination des soins, identification du patient, prise en charge médicale, paramédicale ou administrative, prise en charge thérapeutique du patient : médicaments et dispositifs médicaux ; examens de laboratoire ou d'imagerie...),
- ✓ Aux prestations hôtelières (hygiène des locaux, repas, linge, nuisances : eau, air, bruit...)
- ✓ Aux prestations techniques, logistiques et de sécurité (chute et risques de chute, sécurité incendie, gestion des déchets, panne électrique, problème de maintenance...)

il le signale au moyen d'une fiche (FEI) disponible sur le réseau informatique du GHSA

Le service Gestion des Risques assure le recueil, le suivi, le traitement et l'analyse des fiches de signalement d'évènements indésirables. Il propose les actions issues des signalements d'évènements indésirables au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En matière de risques liés aux rayonnements ionisants, les professionnels de santé participant au traitement ou au suivi de patients exposés à des fins médicales à des rayonnements ionisants, ayant connaissance d'un incident ou accident lié à cette exposition, en font la déclaration sans délai à l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) et au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Seuls les événements significatifs sont déclarés, en tenant compte des critères définis par l'ASN, tels que les conséquences, réelles ou potentielles, sur les travailleurs, le public, les patients ou l'environnement, les événements pouvant survenir en matière de radioprotection ou les principales causes techniques, humaines ou organisationnelles pouvant entraîner l'apparition d'un tel événement. En cas de survenue d'un événement jugé significatif, il convient de prévenir immédiatement le médecin radiologue responsable et le cadre de santé qui réaliseront la déclaration d'évènement.

En cas de maltraitance avérée ou suspectée de la part d'un soignant auprès d'un malade ou d'un résident, l'obligation est faite aux soignants d'agir en toute circonstance et de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger. Les faits de maltraitance observés par tout acteur (professionnel, stagiaire, bénévole, visiteur...) doivent faire l'objet d'une transmission orale et écrite au cadre de santé de l'unité ou au cadre de pôle, conformément à la procédure en vigueur.

Les actes de violence ou de malveillance survenus dans l'enceinte du GHSA font l'objet d'un signalement via la FEI. Les cadres de l'ensemble des services de l'établissement doivent signaler à la direction tout acte de violence survenu au sein de l'établissement, quelle que soit la fonction des responsables de ces actes et des victimes. La Direction est responsable de la déclaration à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS).

L'agent alerte immédiatement son employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute déféctuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.) dispose également d'un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>96/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Textes de référence :

- Code de la santé publique : articles L.1333-3 ; R 5121-151 ; R 5121-196 ; L 5212-2 ; R 5212-12 ; R.5212-14 à 18
- Code du travail : Articles L.4131-1 à L.4131-3
- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010
- Circulaire DHOS /P1/2005/327 du 11 juillet 2005

**Article 125. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité**

Les agents de l'établissement sont tenus d'appliquer les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent respecter les procédures et protocoles en vigueur.

Le port des tenues professionnelles fournies par l'établissement est obligatoire pendant le service. Il est interdit au personnel de certains secteurs protégés (bloc opératoire, radiologie interventionnelle, laboratoire...) de sortir de l'enceinte professionnelle avec la tenue spécifique. Pour des raisons d'hygiène, il est interdit de se rendre au restaurant du personnel en tenue de travail. La tenue de ville y est obligatoire et l'accès au restaurant pourra être refusé en cas de non-respect.

Les agents des services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques ne doivent pas porter de montre, de bijoux, d'alliance, d'effets personnels (foulard, gilet...) pendant le service. Ils veilleront également à l'hygiène des mains, conformément aux recommandations de l'OMS et des protocoles en vigueur.

Afin d'assurer confort et hygiène au malade hospitalisé, le personnel veillera particulièrement à la qualité et à la sécurité en matière de soins, de locaux, de repas, de linge, de déchets, etc... Des procédures et protocoles sont réalisés par l'EOH et mis à disposition sur le réseau informatique du GHSA. Des formations sont réalisées régulièrement par l'EOH aux nouveaux arrivants.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises extérieures. Il participe à l'amélioration des conditions de travail et veille au respect des prescriptions légales de son domaine de compétence.

Textes de référence :

- Code de la Santé Publique : Articles L.1110-1 ; R.4127-8

**Article 126. L'obligation de déposer les biens confiés par les patients ou trouvés**

Les agents ne doivent pas conserver des objets, documents ou valeurs qui lui seraient confiés par des patients ou qu'il aurait trouvés dans l'enceinte de l'établissement. Ils ont l'obligation de les déposer sans délai auprès du régisseur du site ou, en dehors des heures d'ouvertures de la régie, dans un coffre destiné à cet usage.

Textes de référence :

- Code de la Santé Publique : Articles L.1113-1 ; R.1113-1

**Article 127. L'obligation de formation**

Le GHSA veille à ce que tous ses personnels répondent aux obligations légales de formation notamment en matière de développement professionnel continu (DPC). Tous les professionnels de santé (médicaux, pharmaceutiques, odontologiques, paramédicaux...) sont concernés par l'obligation de participer à un programme de DPC. Ce dispositif associe l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances et de compétences et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Par ailleurs, l'ensemble du personnel est tenu de participer périodiquement aux séances de formation sur la sécurité incendie.

Textes de référence :



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>97/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

- *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 59)*
- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »*
- *Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière et sa circulaire d'application du 22 juin 2009*
- *Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.*
- *Code de la Santé : articles L.4021-1 à L.4021-8 ; L.6113-2 ; R4133-2*
- *Code du travail : Articles L.4121-1 ; R 4141-1 à R4141-3 ; R.4227-39*

### **Article 128. Le respect de la charte informatique**

Toute personne autorisée par le GHSA à utiliser ses ressources informatiques, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance afin d'accéder, via le réseau informatique du GHSA, à tout service de communication ou de traitement électronique interne ou externe, est tenue de respecter la charte informatique de l'établissement ; Cette charte édicte un certain nombre de règles dont le rôle est d'assurer la sécurité et les performances des traitements, ainsi que la préservation et la transmission des données dans le respect de la législation en vigueur, notamment en termes de confidentialité.

la charte informatique reste à la disposition de tous les agents de l'établissement via une publication sur le réseau informatique du GHSA.

Les utilisateurs s'engagent au respect des lois et règles relatives notamment :

- ✓ À la protection de la vie privée ;
- ✓ Au respect de la propriété littéraire et artistique ;
- ✓ À l'interdiction de messages à caractère diffamatoire, injurieux, discriminatoire, politique, religieux, d'incitation à la violence et à la haine raciale, pornographique et contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs,
- ✓ À la confidentialité des données nominatives et des informations sensibles.

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques et d'en faire un usage strictement professionnel. Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel.

En cas de manquements aux règles de cette charte, le Directeur ou son représentant, se réserve le droit de retirer tout ou partie de ses droits à l'utilisateur et ce, sans préavis. Les droits des utilisateurs prennent automatiquement fin lors de la cessation de l'activité professionnelle y afférent.

#### Textes de référence :

- *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite loi « Informatique et libertés ».*

### **Article 129. L'usage des outils de communication personnels sur le lieu de travail**

L'usage des outils de communication personnels (téléphones portables, tablettes informatiques...) est interdit à l'hôpital pendant le temps de travail, dans la mesure où :

- ✓ Ils présentent des risques, notamment en matière de qualité et de sécurité des soins, mais également lors de la conduite d'un véhicule de l'établissement ou lors de l'utilisation de certains de ses équipements, machines ou outils, du fait de la déconcentration de l'agent ;
- ✓ -Ils constituent un risque d'infection nosocomiale, car porteurs de nombreux microbes ;
- ✓ Ils peuvent troubler la bonne exécution de certaines fonctions et la qualité du service rendu au public (personnels des services d'admission, des secrétariats, du standard...)
- ✓ Ils occasionnent une gêne pour les autres agents de l'établissement, particulièrement dans les locaux collectifs.

Toutefois, un usage personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est admis pendant les pauses et le temps du repas. Cet usage ne doit pas porter atteinte à l'image de l'établissement et ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

#### Texte de référence :



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>98/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

- *Code du travail : Article L1321-3 (2°)*

### **Article 130. Le respect de la charte graphique**

Le GHSA est doté d'une charte graphique qui définit l'ensemble des règles fondamentales d'utilisation des signes graphiques qui constituent l'identité visuelle de l'établissement.

Le personnel veille au respect de cette identité dans l'exercice de ses fonctions et dans toute action de communication.

### **Article 131. Interdiction de fumer**

Le décret du 15 novembre 2006, interdit formellement de fumer dans tous les établissements de santé, ainsi que l'aménagement dans l'enceinte couverte, d'emplacements fumeurs. Cette interdiction s'applique à tous les locaux, sans exception (y compris les bureaux privatifs, etc...). Par ailleurs, il est interdit de vapoter dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

#### Textes de référence :

- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé » (article 28) Code de la Santé Publique : articles L3511-7-1 ; L3511-10 ; R1112-48 ; R1112-51 ; R3511-2 et 6 Décret 2006-1386 du 15 novembre 2006 sur les conditions d'application de l'interdiction de fumer ;*
- *Circulaire n° DRH/SD3/2015/376 du 4 décembre 2015 relative à la mise en œuvre au sein des administrations du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 et à leur exemplarité.*

### **Article 132. Le bon usage des biens de l'établissement**

Le personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, équipements, matériels, véhicules, logiciels, effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'établissement.

Les dégradations volontaires ou causées par la négligence, ou le non-respect des consignes d'utilisation, engagent la responsabilité personnelle de l'agent concerné et le GHSA pourra lui en demander la réparation pécuniaire.

### **Article 133. L'affichage dans l'établissement**

L'affichage obligatoire de certaines informations définies notamment par le Code du Travail et le Code de la Santé Publique se fait sur les panneaux spécialement prévus à cet effet (consignes de sécurité incendie, panneaux syndicaux, etc...).

L'affichage est autorisé au sein de l'établissement aux endroits autorisés par le Directeur. Tout document affiché en dehors de ces emplacements dédiés ou sans rapport avec la nature de l'information autorisée sera immédiatement retiré.

L'affichage publicitaire est interdit au GHSA.

### **Article 134. Les effets et biens personnels**

Le personnel peut subir des dommages liés ou non à l'exercice de ses fonctions.

Dans le cas d'un dommage subi au cours de l'exercice de ses fonctions, comme par exemple un bris de lunettes par un patient agité, l'agent informé doit en informer son cadre par écrit et, en cas de lien de causalité établi entre le dommage et l'exercice des fonctions, l'établissement peut être amené à indemniser l'agent.

Dans le cas d'un dommage subi dans l'enceinte de l'hôpital pendant les heures de service, comme un vol d'effets personnels dans les vestiaires ou les bureaux, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que sur le fondement d'une faute prouvée, la charge de cette preuve incombant à l'agent s'estimant victime du préjudice. Ainsi, l'établissement décline toute responsabilité pour les vols commis dans les vestiaires sécurisés des agents, avec mise à leur disposition d'une armoire personnelle fermant à clé, ou pour les dégradations subies par leur véhicule sur les parkings de l'établissement.

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>99/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

#### **IV. D. LES DROITS DES PERSONNELS**

En contrepartie de leurs obligations, les personnels bénéficient de certains droits fondamentaux, parmi lesquels la liberté d'opinion, l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes, le droit à l'expression directe et collective, le droit de grève, le droit syndical, le droit à la protection, le droit à la formation et le droit d'accès au dossier administratif. D'autres droits, comme les droits à repos, à congés (annuels, de maladie, de longue maladie ou de longue durée, parental, pour maternité ou adoption, pour formation syndicale...), les autorisations spéciales d'absences, etc... ne seront pas traités dans le présent règlement intérieur.

##### **Article 135. La liberté d'opinion**

La liberté d'opinion, ainsi que la liberté de conscience, sont garanties à l'ensemble du personnel du GHSA, qu'il s'agisse de fonctionnaires, de membres des professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques, d'agents non titulaires de droit public (contractuels, vacataires...) ainsi qu'aux étudiants. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- ✓ Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés au deuxième alinéa du présent article ;
- ✓ Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- ✓ Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.
- ✓ Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

La carrière des fonctionnaires candidats à un mandat électif ou élus au Parlement européen, à un conseil régional, départemental ou municipal, ou membres du Conseil économique, social et environnemental ne peut, en aucune manière, être affectée par les votes ou les opinions émis par les intéressés au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat.

De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

##### Texte de référence :

- *Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 (article 34) et article 5 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 ;*
- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 modifié par la loi n°2012-954 du 6 août 2012 et article 7 modifié par la loi organique n° 2010-704 du 28 juin 2010).*
- *Circulaire du Premier Ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics.*

##### **Article 136. L'égalité de traitement entre les femmes et les hommes**

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels de l'établissement, en raison de leur sexe.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>100/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Toutefois, les statuts de la fonction publique prévoient que des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes puissent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou à l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

De même, des distinctions peuvent être faites entre les femmes et les hommes en vue de la désignation, par l'administration, des membres des jurys et des comités de sélection constitués pour le recrutement et l'avancement des fonctionnaires et de ses représentants au sein des organismes consultés sur les décisions individuelles relatives à la carrière des fonctionnaires et sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services, afin de concourir à une représentation équilibrée entre les femmes et les hommes dans ces organes.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- ✓ Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés au premier alinéa ;
- ✓ Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- ✓ Ou bien le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public.

Textes de référence :

- *Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 : article 3 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*
- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 bis modifié par la loi n°2012-347 du 12 mars 2012).*

### **Article 137. L'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés**

Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, le GHSA prend, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs mentionnés aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l'article L. 323-3 du code du travail d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer et d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées, notamment compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur.

Texte de référence :

- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 sexies créé par la loi n°2005-102 du 11 février 2005).*

### **Article 138. Le droit syndical**

Le droit syndical est un droit fondamental qui s'applique à tous les agents de l'établissement, qu'ils soient titulaires, stagiaires ou contractuels.

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

Elles peuvent se pourvoir devant les juridictions compétentes contre les actes réglementaires concernant le statut du personnel et contre les décisions individuelles portant atteinte aux intérêts collectifs des fonctionnaires.

Les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour participer au niveau national à des négociations relatives à l'évolution des rémunérations et du pouvoir d'achat des agents publics avec les représentants du Gouvernement, les représentants des employeurs publics territoriaux et les représentants des employeurs publics hospitaliers.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>101/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Les organisations syndicales de fonctionnaires ont également qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives :

- ✓ Aux conditions et à l'organisation du travail, et au télétravail ;
- ✓ Au déroulement des carrières et à la promotion professionnelle ;
- ✓ A la formation professionnelle et continue ;
- ✓ A l'action sociale et à la protection sociale complémentaire ;
- ✓ A l'hygiène, à la sécurité et à la santé au travail ; 6° A l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- ✓ A l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Le crédit global de temps syndical et sa répartition entre les syndicats en fonction de leur représentativité est déterminé selon la réglementation en vigueur.

Les fonctionnaires et agents publics non titulaires peuvent bénéficier de congés de formation syndicale dans des conditions fixées par décret.

Les autorisations d'absence syndicale sont accordées conformément aux lois et règlements en vigueur, en tenant notamment compte des nécessités de service.

Des locaux syndicaux distincts sont mis à la disposition des organisations syndicales ayant une section syndicale dans l'établissement. Les équipements de ces locaux indispensables à l'exercice de l'activité syndicale sont déterminés par le Directeur, après avis du Comité Technique d'Etablissement.

Les organisations syndicales déclarées dans l'établissement disposent de panneaux pour afficher leurs informations. Les panneaux réservés à cet usage, sont disposés dans des locaux facilement accessibles aux personnels, mais non accessibles au public. De dimensions convenables, ils sont aménagés de manière à garantir la conservation des documents.

Les documents d'origine syndicale peuvent être distribués aux agents dans l'enceinte de l'établissement, mais en dehors des locaux ouverts au public. Ces distributions, réalisées par des agents qui bénéficient d'une décharge d'activité ou qui ne sont pas en service, ne doivent pas porter atteinte au bon fonctionnement de l'établissement.

Textes de référence :

- *Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 : article 6 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*
- *Code du Travail : articles L2132-1 à 6*
- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (articles 8 à 9 ter modifiés).*

**Article 139. Le droit de grève**

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble du personnel, fonctionnaires et agents non titulaires. Il s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent.

Toute grève doit être précédée d'un préavis de la part d'une organisation syndicale représentative au niveau national dans la catégorie professionnelle ou l'administration concernée.

Il doit être remis à la direction au moins cinq jours francs avant le déclenchement de la grève et préciser clairement le lieu, la date et l'heure du début de la grève, sa durée, illimitée ou limitée (il faut alors préciser sa date de fin envisagée) et ses motifs.

Si cette obligation de préavis n'est pas respectée, la direction peut prendre des sanctions disciplinaires à l'encontre des agents grévistes.

Certaines formes de grève sont interdites, comme la grève tournante (cessation du travail par intermittence), la grève politique non justifiée par des motifs d'ordre professionnel et la grève sur le tas avec occupation et blocage des locaux de travail.

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier et la sécurité des prises en charge de patients, un service minimum doit être assuré pendant la grève. Selon la jurisprudence, l'effectif minimum de sécurité doit correspondre à celui qui serait appliqué dans les services de l'établissement un dimanche ou un jour férié.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>102/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Le personnel nécessaire est assigné par le Directeur ou son représentant. L'assignation donne lieu à une lettre individuelle adressée aux agents assignés, qui doivent assurer leur poste de travail.

La retenue pratiquée sur le salaire des agents grévistes est fonction de la durée de l'absence pendant la grève, conformément à la réglementation en vigueur. Calculée sur le traitement mensuel brut, elle est de 1/30 pour une journée de grève d'un agent à temps plein et de 1/234 pour une heure de grève.

Par ailleurs, une réquisition des agents peut être décidée par le Préfet, notamment en cas de grève dans les services des urgences de ville, dans le but de maintenir la permanence des soins des usagers.

Textes de référence :

- *Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 : article 7 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*
- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 10). Code du Travail : articles L2511-1 ; L2512-1 à 5*
- *Circulaire n° 82-5/DH8D du 22 mars 1982 relative à l'exercice du droit de grève dans les établissements d'hospitalisation publics*
- *Lettre circulaire n°96-1642 du 12/01/1996 sur les retenues sur rémunération pour service non fait.*

#### **Article 140. Le droit à l'expression directe et collective**

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte.

Au sein de chaque pôle, le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Le droit à l'expression directe et collective s'exerce également dans le cadre de réunions autorisées par le Directeur dans l'enceinte de l'établissement, en dehors des lieux ouverts au public, pendant le temps de travail.

Les salariés bénéficient dans ce cadre d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail.

Textes de référence :

- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé (article 195)*
- *Code de la Santé Publique : articles L6146-1 et L6143-2-1 modifiés ; R.6146-9-1 Code du Travail : articles L2281-1 à L2281-4*

#### **Article 141. Le droit à la formation professionnelle**

Le GHSA élabore chaque année un plan de formation pour ses agents, en vue notamment de maintenir, de parfaire ou d'adapter leurs compétences au cours de leur carrière. En s'appuyant sur le projet d'établissement, ce plan de formation vise à répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

##### 141.1. Le Développement professionnel continu (DPC)

Le DPC est une obligation qui s'inscrit dans une démarche de formation permanente pour l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.

Un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, définit les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu. Ces orientations comportent:



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>103/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

- ✓ Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;
- ✓ Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé.

Pour chaque profession ou spécialité, les Conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de développement professionnel continu qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Ce parcours comporte, notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles de prioritaires. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'établissement employeur.

L'ensemble des actions réalisées par les professionnels au titre de leur obligation de développement professionnel continu sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le conseil national professionnel compétent au titre de leur métier ou de leur spécialité.

Les conseils nationaux professionnels retiennent, notamment sur la base des méthodes élaborées par la Haute Autorité de santé, celles qui leur paraissent les plus adaptées pour la mise en œuvre du développement professionnel continu.

L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, au développement professionnel continu.

L'Agence nationale du développement professionnel continu assure le pilotage et contribue à la gestion financière du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice.

Le personnel médical satisfait à son obligation de développement professionnel continu dès lors qu'il participe à un programme de développement professionnel continu qui doit :

- ✓ Etre conforme à une orientation nationale ou à une orientation régionale de développement professionnel continu ;
- ✓ Comporter une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de santé après avis de la commission scientifique indépendante des médecins ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de développement professionnel continu
- ✓ Etre mis en œuvre par un organisme de développement professionnel continu enregistré.

Les organismes de DPC sont enregistrés par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Ces organismes proposent des programmes de DPC aux professionnels. L'établissement gère le dispositif DPC pour l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux.

#### 141.2. Le droit individuel à la formation professionnelle (DIF)

Les agents de la fonction publique (fonctionnaires et agents non titulaires) et certains salariés en contrat aidé bénéficient d'un droit individuel à la formation professionnelle (DIF). La durée du DIF est fixée à 20 heures par an pour un agent à temps plein, avec un plafond de 120 heures de droits cumulés. L'utilisation du DIF est réservée à certaines catégories de formations. Il est utilisé à l'initiative de l'agent, après accord de l'établissement sur le choix de l'action, qui doit présenter une utilité professionnelle pour l'agent et pour l'établissement comme, par exemple, l'adaptation aux évolutions prévisibles des emplois, le développement et/ou acquisition de nouvelles connaissances ou compétences, la préparation aux examens et aux concours, etc...

#### 141.3. Les préparations aux concours et les études promotionnelles

Les agents publics hospitaliers peuvent demander à bénéficier de préparations aux concours et examens professionnels de la fonction publique et aux concours organisés par les institutions de l'Union européenne.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>104/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Ils peuvent également, sous certaines conditions, bénéficier de la prise en charge d'études promotionnelles, en vue d'obtenir un diplôme ou un certificat du secteur sanitaire et social dont la liste est fixée par arrêté ministériel (aide-soignant ; infirmier ; cadre de santé, etc...). L'agent doit être déclaré admissible au concours d'entrée dans l'école formant au diplôme souhaité et demander la prise en charge à l'établissement, qui doit donner son accord. À l'issue d'une étude promotionnelle rémunérée réussie, l'agent est tenu à un engagement de servir d'une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de 5 ans. Si l'agent quitte la fonction publique hospitalière, il y a rupture d'engagement et il doit rembourser les rémunérations perçues pendant la formation.

#### 141.4. Le congé de formation professionnelle (CFP)

Un congé de formation professionnelle (CFP) est accessible, sous certaines conditions, à l'ensemble des agents titulaires et non titulaires, qui souhaitent se former pour satisfaire un projet professionnel ou personnel.

##### Textes de référence :

- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »*
- *Code de la Santé Publique : Articles L4021-1 à L4021-8 ; R4021-1 à R4021-8 ; R4133-2 Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière et sa circulaire d'application du 22 juin 2009 Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins*
- *Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu*
- *Décret n°2013-35 du 11 janvier 2013 modifiant le décret n°2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins*
- *Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.*

#### **Article 142. Le droit d'accès au dossier administratif**

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout agent hospitalier (titulaire, stagiaire ou contractuel). Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative de l'agent, conformément à la réglementation en vigueur. En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis au nouvel établissement.

Le dossier administratif ne doit pas comporter de documents relatifs aux libertés individuelles (d'opinion, politique, syndicale, philosophique, religieuse...), ni d'éléments médicaux sur l'état de santé de l'agent. Il ne peut comporter que les conclusions et les conséquences administratives de la situation médicale.

*L'article 65 de la loi du 22 avril 1905* dispose que « tous les fonctionnaires civils et militaires, tous les employés et ouvriers de toutes administrations publiques ont droit à la communication personnelle et confidentielle de toutes les notes, feuilles signalétiques et tous autres documents composant leur dossier, soit avant d'être l'objet d'une mesure disciplinaire ou d'un déplacement d'office, soit avant d'être retardé dans leur avancement à l'ancienneté. ».

L'agent qui souhaite consulter son dossier doit en faire la demande écrite à la Direction des Ressources Humaines. En cas de procédure disciplinaire, l'administration est dans l'obligation de fournir le contenu du dossier administratif à l'agent. Par ailleurs, les représentants du personnel siégeant au Conseil de discipline ont également droit à la communication du dossier de l'agent concerné, même en l'absence d'accord de ce dernier.

Les agents qui ont, de par leurs fonctions ou leur mandat, accès aux dossiers administratifs sont tenus au secret professionnel. Le Directeur ou son représentant, prend toutes dispositions utiles pour contrôler et limiter l'accès aux dossiers administratifs aux seules personnes autorisées.





Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>105/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

## Article 143. La protection des personnels

### 143.1. La protection contre le harcèlement sexuel

Aucun agent de l'établissement ne doit subir les faits :

- ✓ Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;
- ✓ Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire :

- ✓ Parce qu'il a subi ou refusé de subir les faits de harcèlement sexuel mentionnés aux trois premiers alinéas, y compris, dans le cas mentionné au a, si les propos ou comportements n'ont pas été répétés
- ✓ Parce qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces faits ;
- ✓ Ou bien parce qu'il a témoigné de tels faits ou qu'il les a relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou enjoint de procéder aux faits de harcèlement sexuel mentionnés aux trois premiers alinéas.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public.

Texte de référence :

- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 ter modifié par la loi n°2012-954 du 6 août 2012).*

### 143.2. La protection contre le harcèlement moral

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

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire en prenant en considération :

- ✓ Le fait qu'il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement moral visés au premier alinéa ;
- ✓ Le fait qu'il ait exercé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire cesser ces agissements ;
- ✓ Ou bien le fait qu'il ait témoigné de tels agissements ou qu'il les ait relatés.

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents non titulaires de droit public.

Texte de référence :

- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 6 quinquies modifié par la loi n°2012-843 du 26 juillet 2005).*

### 143.3. La protection contre les menaces et violences

Le GHSA assure la protection de ses fonctionnaires et agents publics non titulaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>106/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Lorsqu'un agent est victime dans son exercice professionnel d'un acte de violence, entendu comme tout événement, agression, parole ou comportement blessant qui porte atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels ainsi qu'aux biens des personnes et/ou au bon fonctionnement des services, sa prise en charge sera organisée, en tant que nécessaire, aux plans clinique (examen médical ou, le cas échéant médico-légal, soins...), psychologique et administratif (rapport circonstancié, déclaration d'évènement indésirable, déclaration d'accident du travail le cas échéant, assistance de l'administration pour une main courante ou un dépôt de plainte si besoin...).

Le personnel d'encadrement et le directeur de garde doivent être prévenus pour prendre les dispositions nécessaires (appel aux forces de l'ordre si besoin ; mesures de protection de la victime ; réunion d'une cellule de crise en cas d'évènement grave ; déclaration à l'ARS et à l'Observatoire National des violences en milieu de santé ou ONVS,...).

*L'article 433-3 (alinéa 2) du Code Pénal* punit de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 Euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre... d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

L'établissement assure également sa protection à ses fonctionnaires et agents publics non titulaires, dans le cas où ils font l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

Par ailleurs, les fonctionnaires et agents publics non titulaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions et conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales, d'une protection organisée par le GHSA, s'il est leur employeur à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire au fonctionnaire.

Lorsqu'un fonctionnaire ou un agent public non titulaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

Textes de référence :

- *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires – Titre I du statut général des fonctionnaires (article 11 modifié par la loi n°2011-525 du 17 mai 2011).*
- *Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure (article 59) Code Pénal : article 433-3*

**143.4. La protection des lanceurs d'alerte**

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la rémunération, la formation, l'évaluation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un fonctionnaire pour avoir relaté ou témoigné, de bonne foi aux autorités judiciaires ou administratives, de faits constitutifs d'un délit d'un crime ou susceptibles d'être qualifiés de conflit d'intérêts, dont il aurait eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Toute disposition ou tout acte contraire est nul de plein droit.

Dans le cas d'un conflit d'intérêts, le fonctionnaire doit avoir préalablement alerté en vain l'une des autorités hiérarchiques dont il relève. Il peut également témoigner de tels faits auprès du référent déontologue.

En cas de litige relatif à l'application des trois premiers alinéas, dès lors que la personne présente des éléments de fait qui permettent de présumer qu'elle a relaté ou témoigné de bonne foi de faits constitutifs d'un délit, d'un crime ou d'une situation de conflits d'intérêts, il incombe à la partie défenderesse, au vu des éléments, de prouver que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à la déclaration ou au témoignage de l'intéressé. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles.

Le fonctionnaire qui relate ou témoigne de faits relatifs à une situation de conflit d'intérêts de mauvaise foi, avec l'intention de nuire ou avec la connaissance au moins partielle de l'inexactitude des faits rendus publics ou diffusés est puni des peines prévues au premier alinéa de l'article 226-10 du code pénal.

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>107/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IV</b>

Le présent article est applicable aux agents non titulaires de droit public.

Textes de référence :

- *Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 4 modifiant l'article 6 ter A de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)*
- *Loi n°2013-1117 du 6 décembre 2013 - art. 35*

**Article 144. La protection fonctionnelle**

A raison de ses fonctions et indépendamment des règles fixées par le code pénal et par les lois spéciales, le fonctionnaire ou, le cas échéant, l'ancien fonctionnaire bénéficie d'une protection organisée par la collectivité publique qui l'emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire.

Lorsque le fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable au fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

Lorsque le fonctionnaire fait l'objet de poursuites pénales à raison de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, la collectivité publique doit lui accorder sa protection. Le fonctionnaire entendu en qualité de témoin assisté pour de tels faits bénéficie de cette protection. La collectivité publique est également tenue de protéger le fonctionnaire qui, à raison de tels faits, est placé en garde à vue ou se voit proposer une mesure de composition pénale.

La collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des faits mentionnés la restitution des sommes versées au fonctionnaire. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe, qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions et les limites de la prise en charge par la collectivité publique, au titre de la protection, des frais exposés dans le cadre d'instances civiles ou pénales par le fonctionnaire.

Ces dispositions s'appliquent aux faits survenant à compter de la date d'entrée en vigueur de la *loi n° 2016-483 du 20 avril 2016*, soit le 21 avril 2016. Les faits survenus avant cette date demeurent régis par l'*article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires*, dans sa rédaction antérieure.

Enfin, la protection fonctionnelle est étendue explicitement aux praticiens hospitaliers.

Textes de référence :

- *Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires (article 20 modifiant l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires)*
- *Arrêt n° 312700 du Conseil d'Etat du 8 juin 2011 précisant que la protection fonctionnelle peut être attribuée à tous les agents publics, quel que soit le mode d'accès à leurs fonctions.*
- *Arrêt n° 336114 du Conseil d'Etat du 26 juillet 2011 indiquant que les praticiens hospitaliers, même s'ils ne sont pas fonctionnaires, ont droit à la protection fonctionnelle prévue par les statuts de la fonction publique*



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>108/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre V</b>

## CHAPITRE V. LA SECURITE

Les règles de sécurité visent à prévenir les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d'assurer la protection des personnes (usagers et personnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité des patients.

### **Article 145. – La nature et l’opposabilité des règles de sécurité**

Les règles de sécurité ont pour objectif de prévenir et de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d'assurer la protection des personnes (usagers et personnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité des patients.

Ces règles de sécurité ressortissent de la police administrative générale qui vise à assurer le bon ordre, la sécurité et l'hygiène publique et de polices administratives spéciales comme celles régissant la protection de l'environnement ou les établissements recevant du public. Ainsi, ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers et personnels, notamment en termes d'accessibilité.

Responsable de la conduite générale de l'établissement, le Directeur édicte, en vertu de son pouvoir de police, des règles par voie de notes et instructions de service, dans le respect des lois et règlements en vigueur et en veillant à ce qu'elles soient proportionnées aux besoins du GHSA en fonction des circonstances.

Les règles de sécurité sont opposables à toute personne présente sur le site hospitalier. Elle doit respecter les indications ou consignes qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités. Sauf dispositions particulières dans les conventions liant le GHSA à certains organismes logés sur son domaine, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

#### Textes de référence :

- *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées Code de la Santé Publique : article L.6143-7*

### **Article 146. L'accès à l'hôpital**

L'accès au site hospitalier est réservé à ses patients, à leurs familles, accompagnants et visiteurs, ainsi qu'au personnel et à tous ceux qui y sont appelés en raison de leur travail. Les conditions matérielles d'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui peut, le cas échéant, prendre des mesures restrictives nécessaires et adaptées.

L'accès de toute personne ne faisant pas partie d'une de ces catégories est subordonné à l'autorisation de du Directeur. Les personnes non autorisées seront invitées par le personnel à quitter les lieux et, au besoin, il sera fait appel aux agents du service de sécurité de l'établissement et, en cas de difficultés, aux forces de l'ordre.

Pour des raisons de sécurité et/ou d'hygiène, le Directeur peut réglementer les conditions d'accès à certains secteurs ou locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Il est interdit d'introduire dans l'établissement des animaux (sous réserve d'autorisations spéciales pour les chiens-guides d'aveugles ou de malvoyants, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies en lien avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), de l'alcool, des armes, des explosifs, des produits incendiaires, ainsi que des produits stupéfiants, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière, qui les remet aux autorités de police, contre récépissé.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>109/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre V</b>

En cas de circonstances exceptionnelles le Directeur peut décider de mettre en œuvre certaines mesures de contrôle, comme l'ouverture par leurs porteurs, des sacs, bagages, sachets et paquets. Elle peut décider de refuser l'accès à l'établissement à toute personne qui refuserait de se prêter à ces contrôles.

#### **Article 147. L'interdiction de dissimuler son visage dans l'espace public**

Aux termes de la loi du 11 octobre 2010, nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage. L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public.

Par conséquent sont interdites à toute personne présente sur le site du GHSA les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, masque, casque, etc...) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe également à la prévention des risques liés à l'identitovigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les agents de l'établissement invitent les personnes concernées à découvrir leur visage. Elles ne peuvent cependant les y contraindre. En cas de difficultés, il sera fait appel à la Police.

##### Textes de référence :

- Loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public
- Code Pénal : article R.645-14

#### **Article 148. Le respect de la tranquillité**

Toute personne, visiteur, ou accompagnant qui perturbe la quiétude des patients ou occasionne des troubles dans l'enceinte de l'établissement est invité à y mettre un terme, dans l'intérêt commun des autres usagers et du personnel. S'il persiste, il lui sera enjoint de quitter l'hôpital, en le faisant accompagner si nécessaire. En cas de refus d'obtempérer et de persistance des troubles, il sera fait appel à la Gendarmerie.

#### **Article 149. Les personnels et matériels de sécurité générale**

Les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect des lois et règlements en vigueur. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées à l'assistance aux personnes en péril, à la légitime défense ou à l'état de nécessité, ainsi qu'aux cas de crime ou de délit flagrant.

En effet, n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. Dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour en appréhender l'auteur et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche.

Ainsi, il pourra être porté secours à un patient manifestement désorienté ou susceptible de courir un danger à l'intérieur ou aux abords du site, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de sa situation et, le cas échéant, à sa prise en charge par le personnel soignant. Toute personne appréhendée en flagrant délit pourra, sans se mettre en danger, être retenue en attendant l'arrivée des forces de l'ordre.

En cas de nécessité de mesures coercitives, il est obligatoirement fait appel aux forces de l'ordre.

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique se fait dans le cadre de la législation applicable en matière de sécurité et des règles édictées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, l'intimité et la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

Le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéosurveillance, (notamment au niveau des entrées et sorties des bâtiments, des issues de secours, des voies de circulation et des parkings) observent les dispositions de la loi et des textes pris pour son application. Les caméras ne doivent pas filmer les agents sur leur poste de travail, ni les zones de pause ou de repos du personnel. Seules les personnes habilitées



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>110/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre V</b>

dans le cadre de leurs fonctions peuvent visionner les images enregistrées, dont la conservation ne doit pas excéder un mois. Les personnes concernées (personnels et visiteurs) sont informées, au moyen d'un panneau affiché de façon visible dans les locaux sous vidéosurveillance de l'existence du dispositif, du nom de son responsable et de la procédure à suivre pour demander l'accès aux enregistrements visuels les concernant.

Textes de référence :

- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée sur l'informatique, les fichiers et les libertés
- Loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 réglementant les activités privées de sécurité
- Loi n°95-73 du 21 janvier 1995 ( article 10 ) d'orientation et de programmation relative à la sécurité
- Loi n° 2003-239 du 08 mars 2003 relative à la sécurité intérieure.
- Décrets 86-1058 du 26 septembre 1986 et 86-1099 du 10 octobre 1986
- Circulaire n° 86-343 du Ministère de l'Intérieur
- Code Pénal : articles 122-7 ; 223-6 ; 226-1 ; 226-16 à 226-20
- Code de Procédure Pénale : article 7
- Code de la Sécurité intérieure : articles L.223-1 ; L.251-1

### **Article 150. Les rapports avec les autorités judiciaires**

Le Directeur ou son représentant informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance et lui transmet tous les renseignements qui y sont relatifs.

En cas de mort violente, ou dont la cause est inconnue ou suspecte, le Directeur ou son représentant en avise immédiatement l'officier de police judiciaire territorialement compétent.

Elle prend dans ces circonstances toutes mesures nécessaires afin que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Textes de référence :

- Code de Procédure Pénale : articles 40 et 74 Code Civil : article 81

### **Article 151. Les rapports avec les autorités de police**

Le Directeur organise les relations avec les autorités de police. Il peut, notamment sur la base du protocole d'accord signé le 12 août 2005 entre le Ministre de l'Intérieur et le Ministre de la Santé pour améliorer la sécurité dans les établissements de santé, conclure une convention entre GHSA et les services des forces de sécurité de l'État, en vue de faciliter les liens entre l'hôpital et les forces de sécurité territorialement compétentes.

En fonction des circonstances, il décide s'il y a lieu ou non de demander une intervention de gendarmerie au sein du site.

En cas d'enquête de police judiciaire, la Direction doit être systématiquement informée par la Police judiciaire des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Elle doit également être immédiatement informée par les services de soins de toute demande qui leur est faite par les autorités de Police dans le cadre d'une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patients ou d'agents,...). Elle veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel et des dispositions relatives aux droits des patients.

Textes de référence :

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>111/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre V</b>

## **Article 152. Les circonstances exceptionnelles**

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

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'établissement à toute personne qui refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'elle a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ou la justification du motif de son accès sur le site de l'hôpital.

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

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du GHSA notamment en ce qui concerne l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

En cas de mise en œuvre du plan Vigipirate, les dispositions de ce plan sont appliquées de plein droit au sein du GHSA

## **Article 153. La sécurité des personnes et du fonctionnement**

### 153.1. Dispositions générales

Dans le cadre de la maîtrise des risques, le Directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des usagers et des personnels fréquentant le Centre Hospitalier.

A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'hôpital, le Directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Il organise la mise en œuvre de cette politique et veille à ce que soient effectués les contrôles et vérifications techniques obligatoires selon leur périodicité réglementaire, ainsi que les visites des Commissions de sécurité en vue d'obtenir ou de renouveler les autorisations nécessaires.

Il tient régulièrement informées, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes en matière d'application des plans d'action et de prévention.

Il définit un programme de formation du personnel aux mesures de prévention et une politique d'information des usagers et des tiers pour celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au Directeur, qui informe le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Conformément à la réglementation, la médecine de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation de l'environnement de travail aux postes occupés.

### 153.2. Dispositions relatives aux entreprises extérieures

L'entreprise extérieure (EE) est entendue comme une entreprise qui effectue des travaux ou des prestations de service dans l'enceinte du GHSA. Elle doit se conformer aux règles de sécurité et d'hygiène applicables.

Chaque entreprise extérieure doit veiller à ce que son personnel ait reçu une formation adaptée aux missions qui lui sont confiées. *L'article L4141-2 du Code du travail* prévoit en effet, que tout



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>112/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre V</b>

établissement doit organiser une formation pratique et appropriée en matière de sécurité pour ses salariés, au moment de leur embauche, comme à l'occasion d'un changement de poste ou de technique. En outre, une formation renforcée en matière de sécurité doit être dispensée aux salariés sous contrat à durée déterminée ou sous contrat de travail temporaire, dès lors qu'ils sont affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité.

L'information du personnel des entreprises extérieures est particulièrement importante en termes de risques et mesures de prévention, délimitation des zones de travail, repérage des zones dangereuses, voies d'accès, protections collectives et individuelles, personnes à prévenir en cas de problème technique, d'incident ou d'accident...

Le plan de prévention est complémentaire du document unique prévu par *l'article R4121-1 du Code du travail*.

Une attention particulière sera portée aux travaux réalisés dans les zones radiologiques réglementées, au sens des *articles R4452-1 et suivants du Code du travail*, compte tenu de la nature du risque lié à l'exposition aux rayonnements ionisants. Ces travaux figurent au nombre des travaux dangereux pour lesquels un plan de prévention est établi.

A leur arrivée et avant d'accéder aux lieux d'intervention, les employés des EE sont dans l'obligation d'avertir de leur présence le service concerné et de se faire enregistrer selon les modalités institutionnelles prévues à cet effet.

Quand l'intervention se fait dans des locaux où un risque d'exposition aux rayonnements ionisants a été identifié, l'évaluation de ce risque a été réalisée par le GHSA, qui assure la coordination générale des mesures de prévention. Le non-respect par les intervenants de l'entreprise extérieure du plan de prévention, expose ces intervenants à se voir refuser l'accès aux zones radiologiques.

L'entreprise extérieure s'engage à faire intervenir du personnel formé à la radioprotection, à respecter la réglementation en vigueur en matière de radioprotection, à informer ses salariés du plan de prévention et à mettre ses dispositions en œuvre. Elle s'assurera également que la surveillance dosimétrique de ses salariés soit conforme à la réglementation en vigueur et adaptée aux zones radiologiques concernées.

Le personnel salarié de l'entreprise extérieure doit systématiquement avertir le responsable du service, ou son représentant, de son arrivée et de son départ. Il doit respecter le plan individuel de radioprotection et porter la surveillance dosimétrique fournie, gérée par son employeur et adaptée aux zones radiologiques, conformément à la réglementation en vigueur. Il doit utiliser les équipements de protection adaptés à l'intervention, qui seront fournis par le service visité et définis par la personne compétente en radioprotection (PCR). Celle-ci pourra réaliser ou faire réaliser, en tant que de besoin, tout contrôle technique de radioprotection qu'elle jugera nécessaire. Il mettra également en œuvre les mesures de protection pour sa propre personne et les autres personnes susceptibles d'être exposés à des rayonnements ionisants par leurs activités.

Chaque intervenant extérieur doit être en mesure de présenter à la PCR du GHSA, sa fiche d'aptitude médicale délivrée par le son médecin en santé au travail, sa carte individuelle de suivi médical pour les personnels classés, sa fiche d'exposition radiologique individuelle, une copie de l'attestation de formation à la radioprotection en cours de validité et ses équipements de surveillance dosimétrique.

Par ailleurs, la prévention des risques lors d'opérations de bâtiment ou de génie civil faisant l'objet d'un chantier clos et indépendant est régie par des prescriptions spécifiques définies par *les articles L4531-1 à L4535-1 et R4532-1 à R4535-10 du Code du travail*.

Textes de référence :

- *Code du travail (articles L4141-2 et suivants ; L4531-1 à L4535-1, R4452-1 et suivants ; R4532-1 à R4535-10) ; Guide de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) sur l'intervention d'entreprises extérieures – Aide-mémoire pour la prévention des risques (Octobre 2009)*

#### **Article 154. La garde de direction**

Afin de garantir la continuité du service public hospitalier et d'assurer la sécurité du fonctionnement de l'établissement, une permanence de la fonction de direction est organisée par le Directeur. Pour cela, elle



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>113/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre V</b>

habilite des membres de l'équipe de direction à exercer des gardes de direction et leur donne délégation de signature pour les mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde.

Le Directeur de garde agit en qualité de représentant du Directeur et prend toutes les mesures nécessaires pour pallier les dysfonctionnements pouvant notamment affecter la sécurité des personnes et des biens.

### **Article 155. L'astreinte technique**

Selon les instructions du Directeur, la Direction des services Techniques et Logistiques organise les astreintes et gardes techniques nécessaires pour faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'établissement.

Elles désignent les agents qui assurent ces gardes et astreintes techniques. La garde technique est distincte de la garde administrative.

### **Article 156. La sécurité incendie**

Le GHSA est assujéti aux règles de sécurité incendie applicables aux établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc....) doivent, en outre, être conformes aux dispositions relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement.

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

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

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

L'ensemble du personnel est tenu de suivre périodiquement les formations internes relatives à la sécurité incendie.

Le personnel veillera à respecter les consignes de sécurité incendie et à ne pas entraver ou bloquer les dispositifs de sécurité. Il est notamment interdit de caler les portes des locaux à risques qui doivent être maintenues fermées en permanence, ou des portes automatiques coupe-feu.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de sécurité incendie doivent être scrupuleusement respectées et particulièrement :

- ❖ La conduite à tenir en cas d'incendie ;
- ❖ Les modalités d'évacuation notamment des locaux d'hospitalisation ;
- ❖ Le dégagement des itinéraires d'évacuation ;
- ❖ Le bon stockage des produits dangereux et/ou inflammables ;
- ❖ L'accessibilité aux équipements de secours et d'extinction ;
- ❖ L'accessibilité aux tableaux électriques
- ❖ L'accessibilité aux tableaux de commande des installations techniques (fluides,...).

Textes de référence :



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>114/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre V</b>

- *Arrêté du 25 juin 1980 modifié portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public*
- *Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public : ERP Type U*
- *Code du Travail : articles R 4141-1 à R4141-4*

### **Article 157. La sécurité informatique**

L'établissement assure la sécurité du recueil, du traitement, de la conservation et de la transmission des données informatiques concernant ses usagers et agents, dans le respect de leurs droits et libertés, ainsi que des lois et règlements en vigueur.

Une charte relative au bon usage des ressources informatiques détaille notamment le cadre réglementaire de la sécurité de l'information, en termes :

- ✓ De traitement numérique des données à caractère personnel et relatives aux données de santé ;
- ✓ De droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données. Aux termes de *l'article 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978*, toute personne physique justifiant de son identité peut exiger du responsable d'un traitement que soient, selon les cas, rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées les données à caractère personnel la concernant, qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Lorsque l'intéressé en fait la demande, le responsable du traitement doit justifier, sans frais pour le demandeur, qu'il a procédé aux opérations exigées en vertu de l'alinéa précédent. ;
- ✓ De protection de la confidentialité des données et du secret médical et professionnel ;
- ✓ De préservation de la disponibilité, de l'intégrité et traçabilité de l'information.

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques et d'en faire un usage strictement professionnel.

L'établissement signale sans délai à l'Agence Régionale de Santé les incidents graves de sécurité des systèmes d'information. Les incidents de sécurité jugés significatifs sont, en outre, transmis sans délai par l'Agence Régionale de Santé aux autorités compétentes de l'Etat. Un décret définit les catégories d'incidents concernés et les conditions dans lesquelles sont traités les incidents de sécurité des systèmes d'information.

Texte de référence :

- *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Loi Informatique et libertés ».*
- *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « Loi de modernisation du système de santé »*

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>115/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre VI</b>

## CHAPITRE VI. LA CIRCULATION ET LE STATIONNEMENT

### **Article 158. Voirie hospitalière**

Les voies de desserte établies dans l'enceinte du GHSA constituent des dépendances du domaine de l'établissement.

A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

Seules sont autorisées à entrer dans l'enceinte de l'hôpital, les personnes ayant une place réservée.

### **Article 159. Circulation**

Les dispositions du code de la route sont applicables dans l'enceinte du GHSA.

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

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

### **Article 160. Stationnement**

Le stationnement dans l'enceinte du GHSA est interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels, ainsi qu'aux personnes qui, de par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement.

### **Article 161. Stationnement réservé aux personnes handicapées**

Des places de stationnement pour les personnes handicapées bénéficient d'un marquage spécifique et leur sont strictement réservées.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>116/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre VII</b>

## CHAPITRE VII. L'HYGIENE

Les règles d'hygiène ont pour objectif de préserver et d'améliorer la santé des usagers, avec une attention particulière à l'ensemble des mesures et des pratiques collectives et individuelles visant notamment à assurer la propreté microbiologique des locaux et des matériels de soins, à éviter les infections nosocomiales et à garantir des soins de qualité.

### **Article 162. L'hygiène à l'hôpital**

Les règles d'hygiène à l'hôpital s'imposent à l'ensemble du personnel. L'hygiène couvre des domaines très variés : hygiène corporelle (et particulièrement des mains), hygiène de l'environnement (nettoyage des locaux, gestion du linge, de l'air, de l'eau, des déchets, réduction du bruit...), hygiène alimentaire, hygiène vestimentaire, hygiène mentale (bien-être, gestion du stress...), hygiène de vie (sommeil, activités physiques, ne pas fumer, éviter les boissons alcoolisées...)... L'hygiène hospitalière est une démarche pluridisciplinaire (personnel médical, paramédical, médico-technique, logistique et technique...) qui concerne tous les services et toutes les personnes (personnel hospitalier, patients, visiteurs).

### **Article 163. Les règles d'hygiène**

Une attention particulière est portée à l'ensemble des mesures et des pratiques collectives et individuelles visant notamment à assurer la propreté microbiologique des locaux et des matériels de soins, à éviter les infections nosocomiales et à garantir des soins de qualité, en vue de préserver et d'améliorer la santé des patients.

Le GHSA met en place une organisation efficiente (Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou SCLIAS, équipe opérationnelle d'hygiène, médecins et infirmières hygiénistes, correspondants d'hygiène...) des formations du personnel et une information du patient pour assurer une bonne hygiène hospitalière.

Le personnel doit se conformer aux procédures et protocoles existants, validés par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et disponibles dans la base de gestion documentaire informatisée du GHSA. Il s'agit notamment des règles applicables à l'hygiène des mains, à l'entretien des locaux, du matériel médico-chirurgical, des endoscopes, du linge, à la gestion des déchets, etc...



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>117/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre VIII</b>

## CHAPITRE VIII. LA PROCEDURE D'ADOPTION ET DE MODIFICATION ET LA VALEUR JURIDIQUE DU REGLEMENT INTERIEUR

### Article 164. La procédure d'adoption du règlement intérieur

Le Directeur arrête le règlement intérieur du GHSA après avis du Conseil de Surveillance

Le Directoire est concerté.

La Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico - Techniques (CSIRMT) en sont informés.

Le règlement intérieur du GHSA est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé et à l'Inspection du Travail.

#### Textes de référence :

- Code de la Santé Publique : articles L.6143-7-13° ; L.6143-1 ; L.6144-1 ; R.6144-1 (II-10°) ;
- L.6144-3 ; R.6144-40 (II-6°) ; R.6146-10 (II-1°) ;
- Code du Travail : articles L.4612-12 ; R.1321-4

### Article 165. La procédure de modification du règlement intérieur

Les modifications du règlement intérieur sont apportées selon la même procédure que pour son adoption.

### Article 166. La valeur juridique du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'applique à toute personne présente sur les sites du GHSA.

Il respecte les lois et règlements en vigueur. Au cas où de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires viendraient à modifier certains articles du présent règlement intérieur, elles s'appliquent de plein droit, sans attendre sa mise à jour.

### Article 167. La communication du règlement intérieur

Le règlement intérieur est un document public, dont la communication est assurée à toute personne qui en formule la demande auprès du Directeur. La consultation sur place est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la remise d'une copie, le GHSA lui facture le coût de la reproduction et le cas échéant, de l'envoi du document.

Le règlement intérieur est à la disposition du personnel dans la base documentaire du site intranet de l'établissement.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>118/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IX</b>

---

**CHAPITRE IX. ANNEXE**

---

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>119/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Annexes</b>

## IX. A. CHARTES DU PATIENT HOSPITALISE



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

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

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

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

Édition : 08/2006 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins - Direction générale de la santé - Avril 2006

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>120/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IX</b>



# Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adultes et de leur dignité, cette charte sera appliquée dans son esprit.

## Article I – CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie

## Article II – DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

## Article III – UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de société.

## Article IV – PRESENCE ET ROLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

## Article V – PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

## Article VI – VALORISATION DE L'ACTIVITE

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

## Article VII – LIBERTE DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

## Article VIII – PRESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

## Article IX – DROIT AUX SOINS

Toute personne âgée doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles

## Article X – QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins qui requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

## Article XI – RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

## Article XII – LA RECHERCHE : UNE PRIORITE ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

## Article XIII – EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

## Article XIV – L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.



Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>121/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Annexes</b>

## **>> CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ**

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants.

- 1** L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par la maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- 2** Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
- 3** On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire, propres au service, afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
- 4** Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et à leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
- 5** On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- 6** Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
- 7** L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- 8** L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- 9** L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.
- 10** L'intimité de chaque enfant doit être respectée.  
Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>122/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Chapitre IX</b>

**IX. B. LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE**

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

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

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller et soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Référence <b>G_DIR_RI_001_1</b>	<b>REGLEMENT INTERIEUR DU GHSA</b>	Pagination <b>123/123</b>
Date d'application <b>09/10/2020</b>		<b>Annexes</b>

### **IX. C. COMPOSITION DU DOSSIER DU PATIENT**

Le « dossier du patient » comprend :

- ✓ Le dossier médical
- ✓ Le dossier de soins infirmiers

Le dossier administratif

Conformément au décret n°92-329 du 30 mars 1992 modifié par les décrets n°94-68 du 24 janvier 1994 et n°98-271 du 9 avril 1998, le dossier médical doit être constitué pour chaque patient :

des documents établis au moment de l'admission et durant le séjour, à savoir :

- ✓ La fiche d'identification du malade
- ✓ Le document médical indiquant le ou les motifs d'hospitalisation
- ✓ Les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient
- ✓ Les compte-rendus des explorations para cliniques et examens complémentaires significatifs
- ✓ La fiche de consultation pré-anesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique
- ✓ Le ou les compte-rendus opératoires ou d'accouchement
- ✓ Les prescriptions thérapeutiques
- ✓ Le dossier de soins infirmiers
- ✓ Le dossier transfusionnel

des documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, à savoir :

- ✓ Le compte-rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie
- ✓ Les prescriptions établies à la sortie du patient
- ✓ Le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers

#### **Le dossier de soins infirmiers comprend :**

- ✓ Les informations concernant le patient
- ✓ Les problèmes de soins du patient permettant l'identification des manifestations de dépendance
- ✓ Le plan de soins d'hygiène et de confort adaptés à la situation du patient
- ✓ L'inscription des prescriptions médicales
- ✓ Les observations infirmières signées et datées, concernant l'état physique et psychologique du patient, les actes de soins exécutés et leurs effets...
- ✓ Les fiches de liaison inter-services
- ✓ La synthèse du séjour, élaborée à la sortie du patient

#### **A ce dossier « infirmier » sont annexées :**

- ✓ Les fiches de kinésithérapie,
- ✓ Les fiches de diététique,
- ✓ Les fiches d'orthophoniste.
- ✓

...