



# REGLEMENT INTERIEUR



# Sommaire

---

<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>TITRE 1 : DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>8</b>
CHAPITRE 1 : LES INSTANCES DE GESTION DE L'ETABLISSEMENT.....	8
SECTION 1 : <i>Le conseil de surveillance</i> .....	8
SECTION 2 : <i>Le directeur</i> .....	12
SECTION 3 : <i>Le directoire</i> .....	13
SECTION 4 : <i>Le régime de publicité des actes</i> .....	17
CHAPITRE 2. LES AUTRES INSTANCES.....	18
SECTION 1 : <i>La commission médicale d'établissement</i> .....	18
SECTION 2 : <i>Le comité technique d'établissement</i> .....	20
SECTION 3 : <i>Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail</i> .....	22
SECTION 4 : <i>La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</i> .....	23
SECTION 5 : <i>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge</i> .....	25
CHAPITRE 3 : LES COMMISSIONS SPECIALISEES.....	28
SECTION 1 : <i>Les commissions administratives paritaires locales</i> .....	28
SECTION 2 : <i>La commission de l'activité libérale</i> .....	30
SECTION 3 : <i>La commission de l'organisation de la permanence des soins</i> .....	30
SECTION 4 : <i>Le comité d'éthique</i> .....	30
SECTION 5 : <i>Le collège médical du département de l'information médicale</i> .....	34
SECTION 6 : <i>Les conseils de la vie sociale des EHPAD</i> .....	34
CHAPITRE 4 : LES POLES D'ACTIVITE.....	36
CHAPITRE 5 : ROLES ET MISSIONS DU CHIVA DANS L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL .....	41
Section 1 : <i>Les activités développées sur les différents sites</i> .....	41
Section 2 : <i>Les missions de santé publique exercées par le CHIVA</i> .....	41
Section 3 : <i>Les partenariats et les réseaux</i> .....	42
CHAPITRE 6 : LA QUALITE DES SOINS ET LES DIFFERENTS DISPOSITIFS DE VIGILANCES, DE QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES .....	43
SECTION 1 : <i>La politique qualité</i> .....	43
SECTION 2 : <i>Le comité de pilotage de la qualité et de la certification</i> .....	44
SECTION 4 : <i>La cellule de gestion des risques</i> .....	45
SECTION 5 : <i>La cellule d'évaluation permanente de la satisfaction des usagers</i> .....	45
SECTION 6 : <i>Le coordonnateur des vigilances</i> .....	46
SECTION 7 : <i>L'organisation des différentes vigilances</i> .....	46
<b>TITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>49</b>
CHAPITRE 1 : LES ADMISSIONS .....	49
SECTION 1 : <i>Dispositions générales</i> .....	49
SECTION 2 : <i>L'admission, dispositions particulières</i> .....	52
CHAPITRE 2 : LES CONDITIONS DE SEJOUR.....	56
SECTION 1 : <i>Le droit à l'information et le consentement aux soins</i> .....	56
SECTION 2 : <i>Le séjour à l'hôpital</i> .....	60
CHAPITRE 3 : LA SORTIE DES PATIENTS .....	63
SECTION 1 : <i>Les conditions de sortie</i> .....	63
SECTION 2 : <i>Les modalités particulières de sortie</i> .....	63
CHAPITRE 4 : LE DECES .....	66
SECTION 1 : <i>Les formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée</i> .....	66
SECTION 2 : <i>Les opérations funéraires et transports de corps</i> .....	68
CHAPITRE 5 : LA GESTION DES DEPOTS.....	70
<b>TITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>73</b>
CHAPITRE 1 : LES REGLES DE VIE COLLECTIVE .....	73
SECTION 1 : <i>La tenue des patients et des visiteurs</i> .....	73
SECTION 2 : <i>Le respect des règles d'hygiène</i> .....	73
SECTION 3 : <i>L'interdiction des animaux domestiques</i> .....	73
SECTION 4 : <i>L'interdiction de fumer</i> .....	73
SECTION 5 : <i>Les téléphones portables</i> .....	73

SECTION 6 : Les objets et produits interdits.....	73
SECTION 7 : Le respect de la neutralité du service public.....	73
SECTION 8 : L'exercice du droit de visite.....	74
SECTION 9 : Accès de l'établissement à certaines catégories de professionnels .....	74
CHAPITRE 2 : LA SECURITE.....	76
SECTION 1 : La sécurité générale.....	76
SECTION 2 : La sécurité incendie .....	76
SECTION 3 : Les rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police et de gendarmerie. ....	76
SECTION 4 : Les mesures en cas de circonstances exceptionnelles.....	77
CHAPITRE 3 : LES REGLES RELATIVES A LA CIRCULATION ET AU STATIONNEMENT DES VEHICULES.....	78
SECTION 1 : La circulation des véhicules.....	78
SECTION 2 : Le stationnement des véhicules .....	78
SECTION 3 : Les espaces verts.....	78
<b>TITRE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT.....</b>	<b>79</b>
CHAPITRE 1 : LES OBLIGATIONS GENERALES DE TOUT AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES CONCOURANT AUX MISSIONS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....	79
SECTION 1 : Les obligations d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier..	79
SECTION 2. Le secret et la discrétion dans l'exercice professionnel.....	83
CHAPITRE 2 : LES DROITS DU PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER.....	85
SECTION 1 : L'application des droits statutaires et des droits du travail.....	85
SECTION 2 : Les services à la disposition des personnels de l'établissement.....	87
CHAPITRE 3 : L'ORGANISATION DES GARDES .....	89
SECTION 1 : Les gardes administratives et techniques.....	89
SECTION 2 : Les gardes médicales (la permanence des soins- service de garde) .....	89
SECTION 3 : Les gardes paramédicales et médico-techniques .....	90
TITRE 5 : PROCEDURE D'ADOPTION ET DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	91

# AVANT PROPOS

Le règlement intérieur du centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège définit l'organisation de l'hôpital, et précise les règles applicables tant aux patients qu'aux personnels.

Son actualisation récente en fait un document de référence pour les professionnels de santé, a pour objectif d'éclairer l'usager dans sa découverte de l'hôpital et ambitionne de le guider tout au long de son parcours de soins.

Son contenu trouve son fondement dans les lois et règlements régissant le droit hospitalier et notamment dans le code de la santé publique, mais aussi dans le code civil, le code général des collectivités territoriales, le code de la sécurité sociale, le code de l'action sociale et familiale, le code pénal et le code du travail dans sa partie applicable. En aucun cas, le présent règlement intérieur ne déroge aux textes contenus dans les codes précités.

Le règlement intérieur du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est présenté classiquement :

- **Le titre 1<sup>er</sup>** est consacré à la gestion et à l'organisation de l'établissement. La composition, les attributions et le fonctionnement des différentes instances et commissions sont précisées.

- **Le titre 2** décrit le parcours hospitalier de l'usager, de l'admission à sa sortie, et traite de ses droits et obligations.

- **Le titre 3** énumère les principales règles de fonctionnement de l'établissement, et notamment celles de vie collective, les règles de sécurité, de circulation et de stationnement.

- **Le titre 4** développe les règles relatives aux personnels du centre hospitalier et notamment leurs droits et obligations.

Ce document doit pouvoir être consulté par toute personne intéressée ; il est donc à la disposition du personnel, des patients et des visiteurs, sous forme papier, à la direction générale de l'établissement. Dans le but d'en faire un outil de référence facilement accessible, il est aussi consultable sur intranet et sur le site Internet du centre hospitalier. En sus du sommaire dont les quatre titres viennent d'être présentés, le document comporte un index alphabétique permettant de faciliter les recherches par mot-clef.

Le règlement intérieur intègre les récentes évolutions qui ont profondément modifié l'organisation hospitalière ainsi que les axes stratégiques que l'établissement a souhaité développer :

- Ainsi l'établissement a mis en place une nouvelle organisation en pôles pour appliquer la politique dite « nouvelle gouvernance ». Celle-ci modifie totalement le fonctionnement de l'institution, en introduisant notamment des délégations de gestion qui favorisent l'implication des acteurs de terrain dans la gestion de leur secteur d'activité.

- Par convention en date du 16 septembre 2011, il a été institué une direction commune entre le centre hospitalier du Pays d'Olmes, et le centre hospitalier des Vallées de l'Ariège chaque établissement conservant sa personnalité juridique et financière.

- L'établissement étant inscrit dans le processus de certification par la Haute autorité de santé et s'étant résolument engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, un accent particulier est mis sur les règles et les procédures permettant d'améliorer le séjour du patient à l'hôpital et sa sécurité. Cela se traduit par la structuration d'un dispositif complet de vigilances, de qualité et de gestion des risques, mais aussi par l'affirmation claire des droits des patients, notamment dans le domaine de l'information (information sur les soins et les traitements qui leur sont dispensés, accès à leur dossier médical, droit de connaître l'identité des professionnels de santé qui les prennent en charge, respect de la charte du patient hospitalisé ...).

Conformément à l'article L6143-7 du code de la santé publique, le directeur arrête le règlement intérieur après concertation avec le directoire. Le conseil de surveillance, en application de l'article L6143-1 du code de la santé publique, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail sont consultés. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est informée de ce règlement.

Cette procédure sera renouvelée, autant par de besoin, préalablement à l'insertion de nouvelles dispositions ou lorsqu'il sera procédé à l'actualisation annuelle du document.

Les EHPAD « Bellissen », le « Bariol » possèdent respectivement leur propre règlement intérieur qui vient préciser les dispositions spécifiques à ces structures. Ces règlements sont mis à jour par la direction chargée du suivi spécifique des personnes âgées.

# INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Intercommunal des vallées de l'Ariège est le résultat de la fusion en janvier 2018 de deux établissements distincts : le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège et le Centre Hospitalier du Pays d'Olmes. Son siège est situé Chemin de Barrau - 09017 SAINT JEAN DE VERGES.

Il gère :

- **LE SITE HOSPITALIER** situé Chemin de Barrau, SAINT JEAN DE VERGES 09017 FOIX
- **UN BATIMENT DENOMME « 120 LITS »** situé - 10 rue saint Vincent 09100 PAMIERS - hébergeant :
  - l'unité de soins de suite et de rééducation
  - l'unité d'accueil des victimes (UAV)
- **DEUX EHPAD :**
  - le Bariol, 1 chemin de Cailloup - 09100 PAMIERS
  - Bellissen, 9 Avenue Jean Monnet - 09000 FOIX
- **UN SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE :** rue Aimé Césaire – Labarre 09100 FOIX
- **UN IFSI/IFAS :** 10 rue saint Vincent 09100 PAMIERS
- **UNE BLANCHISSERIE INDUSTRIELLE**, située sur le site de SAINT JEAN DE VERGES
- **DIFFERENTS SITES DE CONSULTATIONS OU DE SOINS RELEVANT DE MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE :**
  - l'unité de consultation et de soins ambulatoire (UCSA)  
Maison d'Arrêt de Foix, 26 avenue du Général de Gaulle 09000 FOIX
  - le centre de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)
  - la consultation de dépistage anonyme et gratuite du VIH et des hépatites (CDAG)
  - la permanence d'accès aux soins de santé  
10, rue Saint-Vincent - Bâtiments des 120 lits - 09100 PAMIERS

Il s'agit d'un établissement public de santé, doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Acteur local majeur de la santé publique, il est régi par les principes fondamentaux de :

- Égal accès aux soins de qualité pour tous,
- Neutralité,
- Adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de service offerts par rapport aux besoins de la population.

En application de ce dernier principe, le centre hospitalier des Vallées de l'Ariège s'inscrit depuis plusieurs années dans une offre de soins territoriale et prend sa place dans les diverses filières de soins, en relation avec les autres offreurs de soins et les acteurs de santé. Il renforce son rôle de coordonnateur dans l'environnement sanitaire et médico-social territorial, en cohérence avec le projet médical de territoire et son propre projet médical. Des partenariats variés le lient avec de nombreux acteurs de la santé publique.

A ce titre, il exerce un certain nombre de missions de service hospitalier, parmi les 14 missions décrites par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 29 juillet 2009.

## Ainsi, il a pour missions <sup>1</sup> :

- 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 des patients ;
- de participer à des actions de santé publique, notamment à toute action médico-sociale coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention ;
- de participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et d'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire ;
- de dispenser, avec ou sans hébergement :
  - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie ou dans une structure d'hospitalisation à domicile;
  - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion.
- de dispenser des soins dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

**Outre les missions ci-dessus, le centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège concourt :**

<sup>1</sup> Art L6111-1, L6111-2, L6111-3, L6111-5, L6112-1, L6112-2, L6112-5, 6112-6, L6122-7 du CSP

- à la formation initiale et continue des personnels médicaux et non médicaux,
- à la recherche médicale et pharmaceutique dans le cadre des essais thérapeutiques,
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination,
- conjointement avec les praticiens et autres professionnels de la santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente,
- à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions, institutions et associations 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.

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège assure, dans les conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux prévenus ou détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

**Il est par ailleurs tenu :**

- de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité,
- de procéder à l'analyse régulière de son activité ;
- de mettre en place une politique visant à obtenir la certification de l'ensemble des services, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des personnes hospitalisées. A cet effet, les organisations mises en place au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, s'appuyant sur les directives nationales, donnent lieu au sein de l'établissement à des protocoles, s'intégrant dans la politique de qualité de l'établissement et faisant l'objet à ce titre d'évaluations régulières.

Le directeur du centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège veille à l'exécution du présent règlement intérieur, qui concerne le site de Saint de Verges et les activités qui y sont rattachées.

# TITRE 1 : DISPOSITIONS RELATIVES À LA GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT

## CHAPITRE 1 : LES INSTANCES DE GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT

### SECTION 1 : Le conseil de surveillance

#### 1. Composition<sup>2</sup>

##### A. Les membres avec voix délibérative

###### a) Les collègues

Le conseil de surveillance est composé de 15 membres répartis en trois collèges et désignés comme suit :

###### Au titre des représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements :

- Deux représentants des communes de Foix et Pamiers ;
- Deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale
- 1 représentant du Conseil Général de l'Ariège ;

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

- 2 membres de la commission médicale d'établissement, élus en son sein ;
- 1 membre de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élu en son sein ;
- 2 représentants des personnels de l'établissement relevant du titre 4 du statut général des fonctionnaires, le premier siège étant attribué à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de voix aux élections professionnelles, le second étant attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes, déduction faite du nombre théorique de voix nécessaire pour à l'obtention du premier siège.

###### Au titre des personnalités qualifiées et des représentants des usagers :

- 2 personnalités qualifiées, désignées par le directeur de l'agence régionale de la santé;
- 2 représentants des usagers désignés par le préfet de l'Ariège ;
- 1 personnalité qualifiée désignée par le préfet de l'Ariège.

##### B. La nomination des membres

Les membres du conseil de surveillance sont nommés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

Ce dernier saisit à cet effet les autorités et instances appelées à siéger, à être représentées ou à désigner des membres au sein du conseil de surveillance.

Les membres des conseils de surveillance qui ne sont ni membres de droit ni personnalités qualifiées, sont désignés dans les conditions suivantes :

###### Les représentants des collectivités territoriales

Ils sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au conseil de surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues par le Code de la Santé Publique, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.

Dans le cas où il existe plusieurs établissements publics de coopération intercommunale répondant aux conditions fixées à la sous-section précédente, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement dont l'ensemble des communes membres rassemble la population la plus importante.

---

<sup>2</sup> Art L6143-1 à L6743-6 du CSP, art R6143-1 à R614316 du CSP  
instruction n° DGOS/PF1/2010/112 du 7 mai 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance des établissements publics de santé  
instruction n° DGOS/PF1/2010/155 relative à la représentation du personnel au sein des conseils de surveillance des établissements de santé

A défaut de désignation par les collectivités territoriales ou leurs groupements de leurs représentants dans un délai d'un mois après la saisine du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'Etat procède à cette désignation.

### **Les membres désignés par la commission médicale d'établissement**

Ils sont élus au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

### **Le membre désigné par la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

Il est élu, en son sein, par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

### **Les membres désignés par les organisations syndicales**

Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement concerné, à l'occasion des élections au comité technique d'établissement. Lorsque le conseil de surveillance comprend deux représentants du personnel, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

La liste nominative des membres du conseil de surveillance est arrêtée par le directeur de l'agence régionale de la santé.

## **C. Les mandats**

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans. Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions suivantes :

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Les fonctions de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit.

Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions.

Les membres représentant les usagers bénéficient, pour l'exercice de leur mandat, du congé de représentation prévu par le code du travail.

## **D. Les incompatibilités**

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- A plus d'un titre ;
- S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L.5 et L.6 du code électoral ;
- S'il est membre du directoire ;
- S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé. Toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 .
- S'il est lié à l'établissement par contrat. Toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;
- S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière.
- S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

Les membres des conseils de surveillance qui tombent sous le coup de ces incompatibilités ou incapacités démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Si un membre cesse ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est pourvu, dans le délai de trois mois, à son remplacement dans les mêmes conditions. Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

Le directeur participe aux séances du conseil de surveillance et peut se faire assister des personnes de son choix

## E. Les membres avec voix consultative

Assistent aux séances avec voix consultative :

- Le vice-président du directoire du centre hospitalier des Vallées de l'Ariège
- Le directeur général de l'Agence régionale de la santé de Midi-Pyrénées
- Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ariège
- Un représentant des familles de personnes accueillies en unité d'hébergement pour personnes âgées.
- Le représentant chargé de la structure de réflexion éthique au sein du centre hospitalier des Vallées de l'Ariège

## 2. Attributions<sup>3</sup>

Cette instance, créée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » du 29 juillet 2009 remplace l'ancien conseil d'administration. Ces attributions, différentes de l'ancienne instance, prennent place dans une nouvelle architecture de gouvernance. La loi confère plusieurs rôles au conseil de surveillance :

### A. La compétence générale

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion. Ainsi, il communique au directeur général de l'ARS ses observations, tant sur le rapport de gestion présenté par le directeur que sur la gestion de l'établissement. A tout moment, il peut procéder à toute vérification ou contrôle qu'il juge opportun et se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission.

### B. La compétence décisionnelle

Il délibère sur :

- Le projet d'établissement ;
- Le compte financier et sur l'affectation des résultats ;
- Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire, dès lors qu'un CHU est partie prenante, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité du directeur ;
- Toute convention intervenant avec l'un quelconque des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance, et toute convention à laquelle l'une de ces personnes serait indirectement intéressée ou dans laquelle elle traite avec l'établissement par personne interposée ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement. Le conseil de surveillance approuve également la désignation de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dont l'établissement est membre ;

### C. La compétence consultative :

Il est consulté sur :

- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat ;
- Le plan de redressement, le cas échéant ;
- Le règlement intérieur
- La convention de communauté hospitalière de territoire

### D. Le rôle de proposition en matière de communauté hospitalière de territoire :

Le président du conseil de surveillance peut proposer au directeur général de l'ARS la conclusion d'une convention de création d'une communauté hospitalière de territoire ;

### E. Le droit à l'information :

- Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'EPRD ainsi que sur le programme d'investissement. Il est également informé de la nomination et la révocation des membres du directoire par le président du directoire.
- Le conseil de surveillance est régulièrement tenu informé de la réalisation des objectifs du projet d'établissement et du contrat pluriannuel, par le suivi des indicateurs de résultat, ainsi que de l'évolution de l'activité de l'établissement et du suivi de l'exécution de l'état des provisions de recettes et de dépenses.
- En cas d'écart significatif et prolongé entre les objectifs et les résultats, il peut décider la réalisation d'un audit, à son initiative ou sur la demande conjointe de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement. Si le conseil de surveillance décide de ne pas donner suite à cette demande, il leur adresse une

<sup>3</sup> Art L6143-7 à L6143-7-4 du CSP, art L6146-1 à D6143-35-5 du CSP

réponse motivée. Au vu des conclusions de l'audit, le conseil de surveillance peut décider d'adopter un plan de redressement

## **F. L'exécution des délibérations**

Les délibérations du conseil sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de santé

### **3. Fonctionnement**

#### **A. La convocation**

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire.

Les autres modalités de la convocation du conseil de surveillance sont fixées par son règlement intérieur.

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil de surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

#### **B. L'ordre du jour**

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé, au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres et aux personnes siégeant à titre consultatif. Le délai peut être abrégé par le président en cas d'urgence, sans pouvoir toutefois être inférieur à un jour franc. Le président en rend compte au conseil de surveillance, qui se prononce définitivement sur l'urgence et peut décider le renvoi de la discussion, pour tout ou partie, à l'ordre du jour d'une séance ultérieure.

#### **C. Le quorum**

Le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié au moins des membres en exercice assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulièrement faite, la majorité requise n'est pas atteinte, la délibération prise après la deuxième convocation, qui doit avoir lieu à trois jours d'intervalle au moins et à huit jours au plus, est valable quel que soit le nombre des membres présents. Dans ce cas, le conseil de surveillance peut décider, en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

#### **D. Les modalités de vote**

En cas de vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

En cas de partage égal des voix, il est procédé à un second tour de scrutin. En cas de nouvelle égalité, sauf vote à scrutin secret, la voix du président est prépondérante.

Le vote par correspondance et le vote par procuration ne sont pas admis.

Lorsque le conseil de surveillance examine des questions dans lesquelles un membre du conseil est susceptible d'avoir un intérêt, l'avis est donné hors la présence du membre du conseil.

#### **E. Le secrétariat**

Le secrétariat est assuré sous la responsabilité du directeur. Les délibérations sont conservées par le directeur qui les tient à la disposition des administrateurs.

Le conseil de surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur de l'établissement. Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence de ce dernier.

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion.

Les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé.

#### **F. Les séances**

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an. Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques.

Les personnes assistant aux réunions du conseil de surveillance sont tenues à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président.

La police de l'assemblée appartient au président qui peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil de surveillance est convoqué à nouveau dans un délai de quinze jours.

## SECTION 2 : Le directeur

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement, en assure la gestion et tient le conseil de surveillance informé. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.<sup>4</sup>

Il exerce ses compétences en propre ou après concertation du directoire.

### **4. Le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement**

À ce titre, le directeur règle les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance et autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire, à savoir :

- Il assure la conduite de la politique générale de l'établissement et représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;
- Il 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 ;
- Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement ;
- Il peut déléguer sa signature.
- Il possède le pouvoir de transiger ;
- Il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations.

### **5. Le directeur dispose de compétences de gestion après concertation du directoire**

Après concertation avec le directoire, le directeur, président du directoire, dispose du pouvoir de décision dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale (art. L. 6143-7 du CSP), et notamment :

- Il conclut le CPOM avec le directeur général de l'ARS;
- Il arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après l'avis du président de la CME;
- Il signe les contrats de pôle d'activité avec le chef de pôle après l'avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet médical;
- Il propose au directeur général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération ;
- Il soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- Il arrête le règlement intérieur.
- Il décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Il détermine le programme d'investissement après l'avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux;
- Il fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et de ceux des activités sociales et médicosociales ;
- Il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- Il présente, le cas échéant, à l'ARS le plan de redressement.
- Il conclut les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans;
- Il conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location et les délégations de service public.
- Il arrête le bilan social ;
- Il définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Il décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales.

### **6. Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat de professionnels libéraux**

#### **A. Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination**

<sup>4</sup> Art L6143-7, L6143-7-4, L6143-7-5 et L6146-1 du CSP

Décret 2010-264 du 11 mars 2010, modifiant le décret 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements

### **a) En ce qui concerne les membres nommés du directoire**

À l'exception des membres de droit, il nomme les membres du directoire, après en avoir informé le conseil de surveillance.  
Pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de proposition établie par le président de la CME. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.  
Il peut mettre fin à leurs fonctions à l'exception des membres de droit ( vice-présidents et président de la commission des soins infirmiers) après information du conseil de surveillance.

### **b) En ce qui concerne les chefs de pôle et leurs collaborateurs**

Il nomme les chefs de pôle d'activité sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, le directeur demande une nouvelle liste. Si un nouveau désaccord survient, il nomme les chefs de pôle de son. Il peut mettre fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle après avis du président de la CME.  
Au sein du pôle, il nomme également les collaborateurs du chef de pôle sur la proposition du chef de pôle.

### **c) En ce qui concerne les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles**

Il nomme les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. Il peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service, de sa propre initiative ou sur proposition du chef de pôle.

### **Le directeur dispose d'un pouvoir de proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation**

- Le directeur propose au directeur général du centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur proposition du chef de pôle, ou à défaut du responsable de la structure interne et après avis du résident de la CME. L'avis du président de la CME est communiqué au directeur général du CNG.
- Il propose également au directeur général du Centre national de gestion la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire émet un avis.

### **Le directeur peut admettre par contrat des professionnels libéraux**

- Le directeur peut, sur proposition du chef de pôle, 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 Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

## **SECTION 3 : Le directoire<sup>5</sup>**

Le directoire est une instance créée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires ( HPST ). C'est une instance de concertation qui conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, elle est un lieu d'échange entre les différents membres.

Le présent règlement intérieur du Directoire vise à préciser les modalités pratiques de fonctionnement, pour en faire une instance opérationnelle et réactive, dans laquelle chacun des membres peut participer à la définition de l'intérêt général.

- *Article 10 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) ;*
- *Décret n°2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au Directeur et aux membres du Directoire des établissements publics de santé.*

### **1. Composition**

Le directoire est constitué de 7 membres (des membres de droit et des membres nommés), dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, et maïeutique.

Nul ne peut être membre à la fois du directoire et du conseil de surveillance.

La composition du directoire est portée à la connaissance de l'ensemble du personnel par le directeur. Les fonctions de membre du directoire sont exercées à titre gratuit.

## **A. La désignation des membres**

---

<sup>5</sup> Art L6143-7-5 du CSP, art D6143-35-4 du CSP, Article 10 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé, instruction n°DHOS/E1/2010/ du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements de santé

Le directoire du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège comprend 3 membres de droit et 4 membres nommés, des membres associés permanents et, éventuellement, des membres invités.

**a) Trois membres de droit**

- Le directeur de l'établissement, président de droit ;
- Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

**b) Quatre membres nommés**

- un directeur-adjoint ;
- trois membres des professions médicales, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Le directeur nomme les membres sur la base d'une liste d'au moins trois noms proposée par le président de la CME. Elle doit être présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. Le directeur peut demander une seconde liste en cas de désaccord, d'absence de propositions ou de liste incomplète. En cas de désaccord persistant, le directeur nomme les membres de son choix.

**c) Les membres invités :**

Selon les sujets inscrits à l'ordre du jour, les responsables qualifiés pour intervenir seront invités par le Directoire, leur choix étant concerté entre le Président et le Vice-Président du Directoire.

## **B. Obligations des membres du directoire**

**a) Obligations générales**

Chacun des membres du directoire doit prendre connaissance et respecter le présent règlement intérieur.

**b) Obligations de loyauté**

L'obligation de loyauté requiert des membres qu'ils ne doivent en aucun cas agir pour leur intérêt propre, l'intérêt de leur corps de métier, de leur pôle ou de leur unité. Les membres doivent s'engager à contribuer à la recherche de l'intérêt général.

**c) Obligation de discrétion**

Les membres du directoire, ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentées et des débats.

## **C. Mandat et fin des fonctions**

**a) Les membres de droit**

La durée du mandat des membres de droit correspond à la durée des fonctions leur donnant le titre de membre de droit.

**b) Les membres nommés**

La durée des mandats des membres nommés par le président du directoire est de 4 (quatre) ans.

Les membres nommés par le président du directoire peuvent être dénommés par lui. La nomination d'un nouveau président du directoire entraîne une nouvelle décision de nomination des membres du directoire. Plus particulièrement, le président du directoire peut mettre fin aux fonctions des membres nommés du directoire, après information du conseil de surveillance :

- lors de la nomination d'un nouveau président du directoire;
- lorsque le titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre duquel il était membre du directoire
- en cas de démission acceptée par le directeur ;
- en cas d'empêchement supérieur à trois mois ;
- en cas de révocation par le président, qui intervient au-delà de trois absences consécutives non justifiées ou de manquement grave aux obligations de membre du directoire.

Il est alors procédé dans un délai de trois mois, au renouvellement du directoire.

Le renouvellement général de la CME conduit dans tous les cas à procéder à de nouvelles désignations.

## **D. Retrait**

Un membre nommé peut exercer à tout moment son droit de retrait du Directoire.

Cependant, il doit présenter un préavis de retrait deux mois avant son départ. Ce préavis doit être remis au Directeur.

Le Directeur doit procéder à la nomination du membre remplaçant, dans la période du préavis, conformément au paragraphe A du présent règlement intérieur.

## **E. Décès**

En cas de décès d'un des membres nommés, le Directeur procède à la nomination d'un nouveau membre conformément au paragraphe A du présent règlement intérieur, dans les plus brefs délais.

## **2. Compétences du directoire**

### **A. Le projet médical :**

Le Directoire approuve le projet médical, préparé par le Président de la CME avec le Directeur et en conformité avec le CPOM.

Pour l'approbation du projet médical un vote à l'unanimité est recherché.

### **B. Le projet d'établissement :**

Le Directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base d'un projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (projet médico soignant). Le projet de soins fait partie intégrante du projet médico-soignant. Le projet d'établissement est ensuite soumis à la délibération du Conseil de Surveillance.

### **C. Dans l'exercice de sa mission de conseil auprès du Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement :**

L'article L. 6143-7-4 du Code de la Santé Publique précise que le Directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

### **D- Dans l'exercice de son rôle de concertation:**

Le directoire est concerté par le directeur avant décision sur la politique de gestion de l'établissement en particulier dans les domaines suivants :

- la conclusion du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ;
- lorsque le directeur décide, conjointement avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux
- l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP), les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- le compte financier et le soumettre à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- l'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité, après consultation de la CME ;
- la constitution et la participation à une des formes de coopération (conférences sanitaires, Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), conventions de coopération, Fédérations Médicales Interhospitalières (FMI) ou des réseaux de santé) ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- la conclusion des baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- le projet d'établissement avant de le soumettre à l'approbation du Conseil de Surveillance;
- les délégations de service public ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, l'organisation du travail et des temps de repos ;
- le plan de redressement à présenter à l'Agence Régionale de Santé.

Une concertation a également lieu sur le plan blanc de l'établissement, conformément à l'ordonnance du 23 février 2010 qui modifie l'article L. 3131-7 du Code de la Santé Publique.

Sur l'ensemble de ces thématiques, pour lesquelles le directeur consulte le directoire, les débats ont pour objet de sérier les enjeux et les modalités des positions à prendre et décisions à arrêter. Les débats ne sont pas suivis de vote.

Pour certaines décisions soumises à concertation et dans les cas où une décision rapide doit intervenir avant la prochaine réunion du directoire programmée, une concertation écrite peut être demandée. Les membres du directoire seront alors sollicités par écrit, par l'intermédiaire d'un mail.

Toute décision du Directeur Général prise après concertation du Directoire devra faire référence à cette concertation

### 3. Fonctionnement

#### A. Les réunions

##### a) Convocation

Fréquence : Le dispositif réglementaire prévoit que le Directoire se réunit au moins 8 (huit) fois par an. Au CHIVA, la date de la prochaine réunion est fixée en séance. Sauf exception, les réunions ont lieu le dernier lundi de chaque mois de 17 heures à 19 heures.

Participation aux réunions : Les membres s'engagent à participer aux séances du Directoire de façon assidue. Les membres du Directoire confirment leur présence ou informent de leur absence au moins 2 (deux) jours francs avant la tenue de la réunion.

Tout membre nommé qui, sans motif légitime, s'abstient pendant 3 (trois) séances consécutives d'assister aux séances du Directoire est réputé démissionnaire. Le Président du Directoire constate cette démission et la notifie à l'intéressé. Il est alors remplacé dans un délai deux mois à compter de cette notification, dans les conditions prévues.

Modalités de convocation : Le Directoire est réuni sur convocation de son Président. Chacun des membres du Directoire est convoqué par mail adressé aux différents membres.

La convocation est adressée au moins 5 (cinq) jours ouvrables avant la date prévue de réunion, sur la base du calendrier prévisionnel. Toute réunion annulée est prioritairement reportée d'au moins 2 semaines, sauf situation d'urgence.

#### B. Ordre du jour

Durée des réunions : La durée des réunions est fixée à 2 (deux) heures. L'ordre du jour doit être dimensionné pour atteindre cet objectif.

Détermination de l'ordre du jour : L'ordre du jour est déterminé par le Président du Directoire.

Les membres du Directoire peuvent adresser des propositions d'ordre du jour au Président du Directoire. Ces propositions sont assorties, le cas échéant, d'une courte note de présentation valant contribution individuelle.

Le Président se doit d'examiner toutes les propositions d'ordre du jour qui lui sont adressées et peut les inscrire dans le projet d'ordre du jour d'une des prochaines réunions du Directoire.

Communication de l'ordre du jour : Chacun des membres du Directoire doit être informé de l'ordre du jour de la prochaine réunion, dans un délai de cinq jours francs avant la tenue de celle-ci, sauf urgence.

Celui-ci sera diffusé à l'ensemble des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques de l'établissement qui auront la possibilité de donner leur avis sur les dossiers par l'intermédiaire du vice-président du directoire ou des autres membres.

Communication des dossiers : Les dossiers sur les différents points figurant à l'ordre du jour sont transmis aux membres du Directoire au moins cinq jours francs avant la tenue de la réunion, sauf exception liée à l'urgence.

Désignation de rapporteurs : Chaque membre du Directoire peut être désigné en qualité de rapporteur sur un dossier. Il intervient dans ce cadre missionné par le Directoire et devra remplir sa mission avec l'impartialité nécessaire à la recherche de l'intérêt général

#### C. Quorum

A l'issue de la première convocation, le quorum nécessaire à la tenue de la réunion est fixé à quatre membres.

Si ce quorum n'est pas atteint, la seconde réunion doit avoir lieu dans un délai de 3 (trois) à 8 (huit) jours. La concertation recueillie lors de la seconde réunion est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

#### D. La transparence

##### a) Les comptes rendus

Le secrétariat des séances est assuré par le Secrétaire Général. En cas d'empêchement du secrétariat général, le secrétariat est assuré par la DSI.

Il est établi un compte-rendu qui doit comporter :

- la date de réunion
- l'identité des membres présents
- un rappel de l'ordre du jour
- une synthèse des débats

Ce compte rendu est adressé aux membres du directoire par mail pour observations. A défaut d'observations dans la semaine suivant cet envoi, il est réputé fidèle aux débats et soumis à adoption en introduction de la réunion suivante.

Le compte-rendu des réunions est ensuite transmis dans les 15 (quinze) jours suivant la tenue des réunions à chacun des membres du Directoire et aux chefs de pôle.

La liste de toutes les décisions prises par le Directeur Général suite à concertation du Directoire est présentée aux membres du Directoire lors de la séance suivant la concertation et au plus tard dans les deux mois qui suivent. Un reporting est fait par la Direction à la CME, la CSIRMT et au CTE.

### ***b) Approbation, modifications et publicité du règlement intérieur***

Le présent règlement fait partie du règlement intérieur de l'établissement. Il sera soumis à concertation du Directoire et à l'avis des instances consultatives et du Conseil de Surveillance.

Les modifications du règlement intérieur du Directoire seront apportées à l'initiative du Directeur Général après concertation du Directoire et avis du Conseil de Surveillance.

Le présent règlement intérieur est rendu public.

## **SECTION 4 : Le régime de publicité des actes**

### ***1. Modalités d'exécution des actes du directeur et des délibérations du conseil de surveillance***

Les délibérations du conseil de surveillance et les actes du directeur mentionnés sont exécutoires sous réserve des conditions suivantes :

- Les délibérations du conseil de surveillance concernant le rapport annuel sur l'activité de l'établissement et les statuts des fondations hospitalières sont exécutoires si le directeur général de l'agence régionale de santé ne fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.
- Les délibérations relatives au compte financier et à l'affectation des résultats sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Les décisions du directeur sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'exception des décisions relatives au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à l'état des prévisions de recettes et de dépenses, au plan global de financement pluriannuel et au proposition de tarifs de prestations et de ceux des activités sociales et médico-sociales.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

L'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

### ***2. Régimes de publicité des actes***

Sans préjudice des obligations de publication prévues par d'autres dispositions particulières, les décisions individuelles du directeur et les délibérations non réglementaires du conseil de surveillance sont notifiées aux personnes physiques et morales qu'elles concernent.

Les décisions et délibérations réglementaires sont affichées sur des panneaux spécialement aménagés à cet effet et aisément consultables par les personnels et les usagers. Lorsqu'elles font grief à d'autres personnes que les usagers et les personnels, elles sont, en outre publiées au bulletin des actes administratifs de la préfecture de l'Ariège.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties.

L'état des prévisions de recettes et de dépenses, à l'exclusion des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, sont réputés approuvés si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret.

### SECTION 1 : La commission médicale d'établissement

#### 1. Composition de la CME<sup>6</sup>

##### A. Membres avec voix délibérative

La CME du CHIVA est composée de :

- Les chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques, membres de droit de la CME, (Collège 1)
- 10 représentants élus des responsables d'UMA et UMT (Collège 2)
- 10 représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement (Collège 3)
- 3 représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement: (praticiens contractuels, assistants, praticiens attachés, cliniciens et praticiens exerçant à titre libéral (Collège 4)
- 2 représentants des sages-femmes élus par ses pairs (Collège 5)
- 2 représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités (Collège 6).

##### B. Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative à la CME :

- 1- le président du directoire, ou son représentant, qui peut se faire assister de toute personne de son choix
  - 2- le président de la CSIRMT
  - 3- le praticien responsable de l'information médicale
  - 4- le représentant du CTE, élu en son sein
  - 5- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - 6- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
- Les membres visés aux points 3, 5 et 6 ne siègent avec voix consultative que lorsqu'ils ne sont pas représentés dans les membres élus.

#### 2. Modalités de désignation des membres de la CME

##### A. Dispositions générales concernant les membres élus

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

Dans les collèges comportant des membres élus, il est prévu des suppléants pour chaque siège attribué sans qu'il y ait de candidature distincte.

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.

Les candidats sont élus en qualité de titulaires, puis en qualité de suppléants, dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

**II** - Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir au collège qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant du même collège qui a obtenu le plus grand nombre de voix lors des élections précédentes.

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

En l'absence d'autre membre suppléant dans le collège considéré, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans le cadre d'une élection partielle. Toutefois, dans l'hypothèse où il n'y aurait pas eu de modifications significatives du corps électoral, dans le collège concerné, depuis l'organisation des élections générales, et si un nombre important de sièges de suppléants étaient restés vacants lors de ces élections, l'opportunité d'organiser des élections partielles en cours de mandat sera appréciée par le directeur, en liaison avec le président de la CME.

Dans le cas particulier de la nomination à une chefferie de pôle en cours de mandat, d'un membre élu de l'un des collèges de la CME, celui-ci retrouve son mandat initial au sein de son collège d'appartenance lors de l'élection sous réserve qu'il n'ait pas été remplacé, au moment où ses fonctions de chef de pôle prennent fin.

##### B. Dispositions spécifiques par collèges

Pour l'élection des représentants des responsables de structures internes, des praticiens hospitaliers titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral et des sages-femmes, sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales, se trouvent en position d'activité ou de congé (congé maladie, CA/RTT/CET) dans chacun des collèges concernés et effectuent au moins 2 demi-journées hebdomadaires dans l'établissement.

<sup>6</sup> Art R6144-3 à R6144-6 du CSP

Les praticiens disposant de deux statuts au sein de l'établissement seront affectés dans le collège correspondant au statut au titre duquel leur quotité de travail est la plus importante ; sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs et qui ont fait acte de candidature, à l'exception :

- des praticiens associés et praticiens attachés associés ;
- des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales.

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. A défaut, le président de la CME invite, pour le semestre en cours, deux représentants des internes (un interne de médecine générale et un interne des autres spécialités).

## **C. Organisation des élections**

### ***1) Élection des membres***

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement.

Les électeurs sont convoqués à une date fixée après avis du président de la CME en exercice. Un calendrier des opérations électorales, validé par le président de la CME en exercice, est affiché trois semaines à l'avance.

Les listes des électeurs et des éligibles sont établies par collèges.

Elles sont arrêtées par le directeur de l'établissement et affichées pendant la durée fixée par le calendrier des opérations électorales.

Pendant la durée de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations contre les erreurs ou omissions de ces listes. En cas de contestation, le directeur statue sans délai.

A l'expiration de délai d'affichage, les listes sont définitivement closes.

Les déclarations de candidature, établies à l'aide des imprimés mis à disposition par la direction de l'établissement, sont adressées ou remises au directeur de l'établissement dans les délais fixés dans le calendrier des opérations électorales.

Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après la date fixée dans ce calendrier.

Le directeur arrête par collège la liste des candidats qui est immédiatement affichée.

Les modalités pratiques du vote sont détaillées dans une note de procédure qui est communiquée à chaque électeur. Le vote par correspondance est admis.

Le dépouillement du scrutin est effectué en présence du président de la CME et de deux candidats désignés par voie de tirage au sort.

Les bulletins sont valables même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

Sont considérés comme nuls les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins et enveloppes portant des signes de reconnaissance et les bulletins portant le nom de candidats ne correspondant pas au collège de l'électeur ou le nom de personnes ne figurant pas sur la liste des candidats.

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

### ***2) Élection de la présidence et vice-présidence***

La commission médicale d'établissement élit en séance son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième 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.

Les fonctions de président de commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois de manière consécutive.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement prennent fin sur présentation par celui-ci, de sa démission au président du directoire 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.

En l'absence du président et du vice-président, ou jusqu'à leur élection, la commission est présidée par le plus âgé des membres susceptibles de remplir cette fonction.

## **D. Prise en compte de la fusion CHIVA /CHPO avec maintien de la personnalité morale et juridique du CHIVA et par dérogation aux dispositions de l'article R6141-13 du CSP**

Le renouvellement de la CME doit avoir lieu en octobre 2019. A titre dérogatoire, compte tenu du risque de voir disparaître toute représentation médicale du CHPO lors d'un processus de réélection général, au vu de la différence de nombre constatée entre les 2 communautés médicales (environ 130 praticiens au CHIVA et 5 praticiens au CHPO), il a été arrêté les dispositions suivantes en accord entre les 2 présidents de CME et après avis favorable de la CME du CHIVA et information de la CME du CHPO :

- Ajout de tous les praticiens du CHPO dans le collège correspondant de la CME de l'entité d'accueil, à l'exception du responsable de l'UMA de pharmacie du CHPO, cette unité ayant vocation à fusionner avec celle du CHIVA. Le praticien concerné ayant la qualité de membre élu sera intégré au collège des praticiens hospitaliers élus.

- Un second poste de Vice-Président de la CME du CHIVA sera créé pour accueillir l'actuel Président de la CME du CHPO

Ce dispositif transitoire et dérogatoire s'achèvera lors du renouvellement de la CME en octobre 2019.

## SECTION 2 : Le comité technique d'établissement.

### 1. Composition

#### A. Les membres avec voix délibérative et voix consultative

Le comité technique d'établissement est composé de représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires, élus par collèges définis en fonction des catégories mentionnées à l'article 4 de ce titre sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement pour chaque catégorie de personnel.

Il est présidé par le directeur ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement<sup>6</sup>. Le président peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote.

Le comité comprend 32 représentants du personnel (16 membres titulaires, 16 membres suppléants) dont le nombre est fixé comme suit :

- Deux membres titulaires et deux membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie A ;
- Six membres titulaires et six membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie B ;
- Huit membres titulaires et huit membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents des catégories C et D ;

Siège au comité avec voix consultative un représentant de la commission médicale d'établissement.

Le président peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote.

La représentativité des organisations syndicales s'apprécie d'après les critères suivants :

- les effectifs ;
- l'indépendance ;
- les cotisations ;
- l'expérience et l'ancienneté du syndicat.

Tout syndicat affilié à une organisation représentative sur le plan national est considéré comme représentatif dans l'établissement.

#### B. Le mandat

La durée du mandat des représentants du personnel est de quatre ans. Il est renouvelable.

Lorsqu'un représentant titulaire du personnel cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions dans l'établissement pour cause de décès, de démission ou de changement d'établissement, ou est frappé d'une des causes d'inéligibilité, il est remplacé par un suppléant pris dans l'ordre de la liste au titre de laquelle il a été élu. Le suppléant est lui-même remplacé par le candidat suivant figurant sur la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles. Le mandat des représentants titulaires ou suppléants désignés comme décrit ci-dessus prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou suppléants qu'ils remplacent.

Lorsqu'un représentant titulaire ou suppléant change de catégorie, tout en demeurant dans l'établissement, il continue à représenter le collège au titre duquel il a été élu.

Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu.

### 2. Attributions<sup>7</sup>

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

- Le plan de redressement présenté par le directeur à l'ARS
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement, le bilan social
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Le règlement intérieur de l'établissement
- le plan de développement professionnel continu.

Le comité est informé sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'état de prévisions de recettes et de dépenses, et les actions de coopérations proposées par le président du directoire au directeur de l'ARS.

<sup>6</sup> L'article L6144-4 du code de la santé publique

<sup>7</sup> Art L6144-3 du CSP et suivants, et R6144-40 à D 6144-81 du CSP

### **3. Élections**

#### **A. La date des élections**

Elles ont lieu tous les quatre ans au scrutin de liste à deux tours. Les listes sont présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement pour chaque catégorie de personnels. La date des élections est fixée par arrêté du ministre en charge de la santé après consultation des organisations syndicales membres du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et de la Fédération hospitalière de France. La date des élections est rendue publique au moins trois mois à l'avance par affichage dans l'établissement. Il appartient au directeur d'organiser les élections.

Lorsque l'élection des membres a lieu entre deux renouvellements généraux, la date du scrutin est fixée par le directeur, après consultation des organisations syndicales représentatives dans l'établissement.

Si, lors du premier tour, le nombre de votants a été inférieur à 30% des inscrits, un deuxième tour est nécessaire ; dans ce cas, les candidatures individuelles sont recevables.

Les représentants sont élus dans chaque collège à la proportionnelle avec répartition des restes à la plus forte moyenne. En cas d'égalité des suffrages obtenus entre deux ou plusieurs listes, le dernier siège est attribué au candidat le plus âgé de ces listes.

#### **B. Les électeurs et les éligibles**

Le corps électoral est constitué des fonctionnaires titulaires (à l'exception de ceux appartenant à un corps de catégorie A géré et recruté au niveau national) et stagiaires et des agents contractuels de droit public et de droit privé ; la qualité d'électeurs est appréciée à la date du scrutin. Le directeur dresse la liste électorale.

Les agents éligibles au titre d'un collège déterminé sont les personnels en fonction depuis au moins trois mois dans l'établissement. Ne peuvent être élus, les agents en congé de longue durée, ni ceux qui ont été frappés d'une rétrogradation ou d'une exclusion temporaire de fonction à moins qu'ils n'aient été amnistiés ou n'aient été relevés de leur peine, ni ceux qui sont frappés d'une des incapacités édictées par le code électoral.

#### **C. Les listes des candidats**

Elles sont présentées par collège par les organisations syndicales. Chaque liste, pour être recevable, doit comporter autant de noms qu'il y a de sièges à pourvoir, titulaires et suppléants. Le dépôt de chaque liste est accompagné d'une déclaration de candidature signée de chaque candidat.

#### **D. Le congé de formation**

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au comité technique d'établissement. Sa durée est de cinq jours au maximum et tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé. Les dépenses afférentes à ce congé sont prises en charge par l'établissement mais ne s'imputent pas sur le financement de la formation professionnelle continue.

### **4. Fonctionnement**

Le comité technique d'établissement établit son règlement intérieur.

#### **A. Le président et le secrétaire**

Le directeur est président de droit du comité technique d'établissement ; ce dernier élit parmi ses membres titulaires un secrétaire.

#### **B. La convocation et l'ordre du jour**

Les réunions du comité ont lieu sur convocation du président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité doit être réuni dans un délai d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance, fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. La communication des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions doit leur être donnée au plus tard quinze jours avant la date de la séance.

A son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, le président peut convoquer à titre consultatif des experts afin qu'ils soient entendus expressément sur un point inscrit à l'ordre du jour.

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

#### **C. Les réunions**

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibérative, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité dans la limite d'un représentant par organisation syndicale, sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes.

Les séances ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces, faits et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion des travaux.

## D. Le quorum

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

## E. Les avis et vœux

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote. En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée. Les avis et vœux sont portés à la connaissance du personnel par voie d'affichage dans un délai de quinze jours, à la diligence du directeur. La suite des avis et vœux doit faire l'objet d'une information écrite à chacun des membres dans un délai de deux mois.

## 5. La commission de formation

Il a été mis en place au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège une commission de formation.

Elle est composée :

- Du directeur des ressources humaines, membre de droit ;
- Du responsable de la formation, membre de droit ;
- Du président de la commission médicale d'établissement ou de son représentant, membre de droit ;
- Du directeur des soins, membre de droit ;
- De représentants des corps administratif, médico-technique, technique, soignant (un par filière, désignés par tirage au sort parmi les personnels volontaires);
- D'un cadre de santé ;
- D'un cadre supérieur de santé ;
- De représentants du personnel siégeant au comité technique d'établissement et désignés par les syndicats (trois représentants par syndicat disposant de sièges au comité technique d'établissement).

Sont invités :

- Le responsable du service informatique ;
- Le directeur de l'Institut de formation des soins infirmiers.

La commission de formation se réunit au minimum trois fois par an.

La commission de formation a une fonction de concertation en ce qui concerne l'élaboration du plan de formation incluant les études promotionnelles, plan soumis ensuite à l'avis du comité technique d'établissement.

## SECTION 3 : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail<sup>8</sup>

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège comporte deux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail :

- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'établissement,
- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des EHPAD.

Les conditions de fonctionnement des CHSCT et les mesures nécessaires à la coordination de leur activité sont fixées par leurs règlements intérieurs.

### 1. Composition

#### A. Les membres avec voix délibérative :

- Le directeur de l'établissement ou son représentant, président ;
- un représentant des médecins, pharmaciens désigné par et parmi la commission médicale d'établissement ;
- six représentants du personnel non médical pour le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de l'établissement et trois représentants pour le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des EHPAD, désignés par les organisations syndicales représentatives dans l'établissement.

<sup>8</sup> Code du travail : art R4625-1 et suivants ; circulaire DH/8D/ n°311 du 8 décembre 1989

Tout représentant suppléant désigné selon le cas par la commission médicale d'établissement ou par une organisation syndicale peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire désigné dans les mêmes conditions.

Les représentants titulaires du personnel bénéficient d'une formation avec traitement d'une durée maximale de cinq jours. Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de cette formation. Les dépenses afférentes à cette formation sont prises en charge par l'établissement ; elles ne s'imputent pas sur les dépenses de formation professionnelle continue.

## **B. Les membres avec voix consultative :**

- Le médecin du travail ;
- Le responsable des services économiques ;
- L'ingénieur ou le technicien chargé de l'entretien des installations ;
- Un praticien hygiéniste.

### **2. Attributions**

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'établissement.

Il doit 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.

Il a pour mission :

- D'analyser les risques professionnels, et notamment ceux auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes, ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail ;
- De procéder à des inspections, leur nombre étant au moins égal à celui des réunions ordinaires du comité ;
- D'effectuer des enquêtes en matière d'accidents de travail ou des maladies professionnelles ou à caractère professionnel ;
- De contribuer à la prévention des risques professionnels et de proposer des actions de prévention, notamment en matière de harcèlement sexuel et de harcèlement moral.

Il donne son avis sur des documents se rattachant à sa mission et sur le règlement intérieur.

Le comité est consulté :

- Avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité et les conditions de travail, et notamment avant toute transformation importante des postes de travail ;
- Sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidents du travail ou des travailleurs handicapés et sur l'aménagement des postes de travail.

### **3. Fonctionnement**

Le comité est présidé par le chef d'établissement. Le secrétaire est élu par les représentants du personnel au sein du comité.

Les réunions doivent avoir lieu au moins une fois par trimestre à l'initiative du chef d'établissement et à la suite de tout accident grave ou ayant pu entraîner des conséquences graves à la demande motivée de deux membres représentants du personnel.

L'ordre du jour est fixé par le président et le secrétaire. Le président le transmet à tous les membres et à l'inspecteur du travail au moins quinze jours avant la date de la réunion. Les décisions et résolutions ont lieu à la majorité des membres présents.

La direction assure la rédaction du procès-verbal de chaque réunion. Ce procès verbal est co-signé par le président et le secrétaire, puis transmis aux membres du comité qui se prononcent sur son approbation à la séance suivante.

Le comité prend l'avis de toute personne qualifiée sur les problèmes étudiés.

## **SECTION 4 : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

### **1. Composition**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée comme suit : <sup>9</sup>

- Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, président ;
- Trois membres élus représentant le groupe des cadres de santé dont :
- Quatre membres élus représentant le groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont :
- Un membre élu représentant le groupe des aides-soignants

<sup>9</sup> CSIRMT du 26 janvier 2011, présentée au conseil de surveillance le 22 mars 2011

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.

Les membres sont élus après appel à candidature au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-dessus.

La durée du mandat des membres élus est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable. Les modalités de suppléance sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège en ce qui concerne les groupes des cadres de santé et des infirmiers et personnels de rééducation et médico-techniques, ou au sein du groupe des aides-soignantes.

Lorsqu'au moins sept mois avant le renouvellement général de la commission, le dernier suppléant d'un collège est nommé titulaire, il est aussitôt pourvu au remplacement des suppléants de ce collège dans les conditions fixées par le règlement intérieur de la commission.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- Le directeur ;
- Un représentant de la commission médicale d'établissement, désigné par et parmi ses membres ;
- Le directeur ayant en charge l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège ;
- Un représentant des étudiants de troisième année, nommé par le directeur, sur proposition du directeur de l'institut de formation en soins infirmier ;
- Un élève aide-soignant, nommé par le directeur sur proposition du directeur de l'institut de formation en soins infirmiers.

Peuvent être également associés aux travaux de la commission et à l'initiative du président, des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux.

## **2. Attributions**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, 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 ;
- Les conventions d'intervention entre les laboratoires pharmaceutiques organisant des visites médicales collectives et l'établissement

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'art. L6146-2 CSP;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Le programme d'action et le rapport d'activité du CLIN lui sont transmis pour avis.  
Les avis formulés sur ces points sont transmis par courrier du président au directeur.

## **3. Élections**

### **A. Les membres électeurs et membres éligibles**

Sont électeurs, les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date de clôture des listes électorales. Sont également électeurs les agents faisant l'objet d'une décision de recrutement prenant effet, au plus tard, le jour du scrutin. A contrario, les personnes ne faisant plus partie de l'établissement à la date du scrutin seront radiées des listes et ne pourront participer à l'élection.

Les électeurs sont éligibles à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

### **B. Les modalités de scrutin**

Les membres titulaires et suppléants sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes.

La désignation des titulaires et des suppléants se fait dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

La commission établit un règlement intérieur qui fixe les modalités de scrutin.

## 4. Fonctionnement

La commission établit un règlement intérieur qui définit les modalités de fonctionnement de cette dernière.

### A. La présidence

La commission est présidée par le directeur des soins, coordonnateur général des soins. En cas d'empêchement de celui-ci, il désigne un cadre supérieur de la direction des soins.

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

### B. Les convocations et l'ordre du jour

La commission se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président ou de droit à la demande du directeur ou de la moitié au moins des membres désignés ou du directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

L'ordre du jour est fixé par le président. Il est adressé aux membres de la commission, éventuellement accompagné de pièces et documents nécessaires à son examen, huit jours au moins avant la date de la réunion de la commission. L'ordre du jour est envoyé pour information au directeur et aux membres associés avec voix consultative.

L'envoi des convocations est assuré par le secrétariat de la commission.

### C. Le quorum

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ne délibère valablement que si la moitié au moins des membres ayant voix délibérative (titulaires et suppléants remplaçant des titulaires) est présente lors de l'ouverture de la réunion.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans le délai de huit jours. La commission siège alors valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents.

La commission émet des avis et vœux à la majorité des suffrages exprimés.

Un membre suppléant ne peut prendre part au vote qu'en cas d'absence d'un membre titulaire.

Les membres associés ne prennent pas part au vote.

Le vote a lieu à bulletin secret si au moins un des membres de la commission le demande.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la commission sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

### D. Le bureau

La commission est dotée d'un bureau dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le règlement intérieur.

### E. Les représentants aux instances ou commissions

Pour l'élection des représentants de la commission au conseil de surveillance et à la commission médicale d'établissement, la commission ne peut délibérer valablement que si les  $\frac{3}{4}$  de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la séance.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, après une convocation régulière, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. Il est alors procédé à l'élection quel que soit le nombre de membres, ayant voix délibérative, présents.

Les représentants à la commission médicale d'établissement et au conseil de surveillance sont élus par et parmi les membres de la commission au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tout est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage des voix, le plus âgé est élu.

Les modalités de désignation de représentants de la commission dans d'autres instances sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

## SECTION 5 : La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge<sup>10</sup>

### 1. Composition

La commission est composée comme suit :

- Du directeur de l'établissement ou de la personne qu'il désigne à cet effet, président ;
- D'un médiateur médecin et de son suppléant, désigné par le directeur sur proposition de la commission médicale d'établissement;
- D'un médiateur non médecin et de son suppléant, désigné par le directeur ;
- De deux représentants des usagers et de leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de santé.

Le président peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

<sup>10</sup> décret n° 2005-213 du 2 mars 2005

Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.  
Le directeur fixe la liste nominative des membres de la commission.

## 2. Attributions

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

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission. La commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

#### **1/ Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :**

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

#### **2/ A partir notamment de ces informations, la commission :**

- Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

#### **3/ La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport.**

Un rapport ne comportant que des informations anonymes, rendant compte de ses analyses et propositions portant sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge est transmis :

Au conseil de surveillance quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère  
A l'agence régionale de santé et au conseil régional de santé, avec les éléments d'information énumérés au 1/,  
sont également transmises à la CME et la CSIRMT afin d'être prises en compte par le programme d'action  
d'amélioration continue de la qualité que ces instances contribuent à élaborer.

## 3. Fonctionnement

La commission établit un règlement intérieur qui définit les modalités de fonctionnement de cette dernière.

### **A. Le mandat**

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

Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacements engagés dans le cadre de leur mission.

Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par le code pénal.

### **B. Les convocations et l'ordre du jour**

La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

## C. Le vote

Le président ne prend pas part au vote. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

## D. La suppléance

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

Si le médecin médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement. Si le médiateur non médecin et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le directeur de l'établissement.

## E. L'examen des plaintes et des réclamations

Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement est transmis à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

### SECTION 1 : Les commissions administratives paritaires locales

#### 1. Composition<sup>11</sup>

Au nombre de neuf, elles regroupent respectivement les corps de catégorie A, les corps de catégorie B et les corps de catégorie C.

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même composé de sous-groupes rassemblant les corps, les grades et emplois hiérarchiquement équivalents :

##### Corps de catégorie A :

CAP n°1 : personnels d'encadrement technique.

CAP n°2 : personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux.

CAP n°3 : personnels d'encadrement administratif.

##### Corps de catégorie B :

CAP n°4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier.

CAP n°5 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux.

CAP n°6 : personnels d'encadrement administratif et des secrétariats médicaux.

##### Corps de catégorie C :

CAP n°7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs d'automobile, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité.

CAP n°8 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux.

CAP n°9 : personnels administratifs.

Elles comprennent, en 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 le scrutin de liste à deux tours avec représentation proportionnelle.

Le directeur, en tant qu'autorité investie du pouvoir de nomination, ne peut pas siéger aux commissions administratives paritaires ; sa présence rendrait irrégulières les délibérations de celle-ci.

Elles sont composées de représentants titulaires mais aussi de suppléants qui peuvent assister aux débats sans voix délibérative sauf lorsqu'ils remplacent le titulaire ou lorsqu'un seul représentant titulaire du personnel peut siéger.

Les membres des commissions sont désignés pour quatre ans. Le mandat est renouvelable.

Un membre d'une commission ne peut se prononcer sur le cas d'un autre agent titulaire d'un grade supérieur, ni sur un cas l'intéressant à titre individuel.

#### 2. Attributions

Instituées par le conseil de surveillance de l'établissement, les commissions administratives paritaires locales sont compétentes pour toutes les questions d'ordre individuel qui concernent les fonctionnaires hospitaliers de l'établissement notamment la titularisation, la notation, la carrière et les positions statutaires du fonctionnaire.

#### 3. Élection

##### A. Les électeurs et les agents éligibles

Les électeurs sont les agents titulaires en position d'activité.

Les agents éligibles sont les agents électeurs pour la commission dont relève leur corps sachant que l'éligibilité s'apprécie à la date limite de dépôts de candidature.

Ne sont pas éligibles les agents :

- En congé de longue durée ;
- Frappés d'une sanction disciplinaire du troisième groupe sauf s'ils ont été amnistiés ou si la sanction a été retirée de leur dossier ;
- Frappés d'une incapacité électorale.

##### B. Le scrutin et les modalités de vote

Les élections des représentants des personnels ont lieu tous les quatre ans selon le scrutin de liste à un tour avec représentation proportionnelle, sauf si le taux de participation n'atteint pas les 40% .

Seuls les agents titulaires participent au scrutin pour désigner des représentants dans les commissions dont ils relèvent.

La date des élections est fixée par arrêté ministériel. Elles se déroulent selon les modalités suivantes :

<sup>11</sup> Décret n°2003-655 du 18 juillet 2003, consolidé 22 août 2007, décret n° 2011-582 du 26 mai 2011

- Chaque électeur vote pour élire les représentants de la commission administrative paritaire dont il dépend ;
- Le vote a lieu au scrutin secret sous enveloppe à partir de listes de candidats présentées par les organisations syndicales représentatives pour une commission administrative paritaire ; l'électeur ne peut opérer ni radiation ni adjonction de noms, figurant sur la liste ;
- Les opérations électorales se déroulent publiquement dans les locaux de travail pendant les heures de service ;
- Le vote par correspondance est autorisé.

## **4. Fonctionnement**

### **A. La présidence**

La présidence est assurée par le président du conseil de surveillance ou son représentant, le secrétariat par un agent de l'établissement désigné par le directeur.

### **B. Les convocations et l'ordre du jour**

Elles se réunissent au minimum deux fois par an, sur convocation de leur président :

- Soit à son initiative ;
- Soit à la demande du directeur de l'établissement ;
- Soit à la demande écrite du tiers de leurs membres titulaires ;
- Soit à la demande écrite du tiers des membres de l'assemblée délibérante.

L'ordre du jour est fixé par le président au vu des propositions du directeur de l'établissement. Une autre question de la compétence des commissions peut être inscrite sur demande de l'autorité investie du pouvoir de nomination ou du tiers des membres du conseil de surveillance. Dans ce dernier cas, le président est tenu de convoquer les commissions paritaires dans un délai d'un mois.

L'ordre du jour peut également comporter des questions à la demande directe d'un agent intéressé dans les cas où la saisine directe est prévue, et notamment en cas de rejet de demande de congé de formation syndicale, de refus de travail à temps partiel, de révision de notation et appréciation, de refus de démission.

### **C. Les avis**

Les commissions administratives paritaires locales donnent des avis préalables à la décision relative à la carrière d'un fonctionnaire. Il s'agit d'avis simples et la décision du directeur peut s'écarter de l'avis ou de la proposition. Dans ce cas, il informe la commission dans un délai d'un mois des motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre cet avis ou cette proposition.

Les avis sont donnés à la majorité des suffrages exprimés, sauf lorsqu'elles siègent en matière disciplinaire. Dans ce cas, leur avis est requis à la majorité des membres présents.

En cas de vote, celui-ci a lieu soit à main levée, soit à bulletin secret à la demande d'au moins un tiers des membres présents. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

### **D. Le quorum**

Il est atteint lorsque trois quarts des membres ayant voix délibérative sont présents à l'ouverture de la séance. Il est apprécié en début de séance sur la totalité des présents même en l'absence de parité. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans les huit jours et la commission siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents ayant voix délibérative.

### **E. Les réunions**

La commission en formation plénière est composée de tous ses membres. Cette formation est prévue pour tous les autres cas pour lesquels les textes réglementaires n'ont pas prévu une formation restreinte.

Le président de la commission veille à ce que les membres reçoivent communication de toutes pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs missions deux semaines au moins avant la date de la réunion.

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

## **5. La fonction de conseil de discipline**

Lorsque l'administration souhaite infliger une sanction autre qu'un avertissement ou un blâme, elle ne peut le faire qu'après avoir sollicité l'avis de la commission paritaire dont relève l'agent siégeant en conseil de discipline.

La commission paritaire siège en formation restreinte. Ne peuvent siéger les membres titulaires et éventuellement les suppléants qui ont un grade inférieur.

Organisme paritaire, le conseil de discipline comprend en nombre égal des représentants de l'administration et du personnel. La représentation du personnel ne peut être inférieure à deux.

Le conseil de discipline est saisi par un rapport établi par l'autorité disciplinaire. Il doit être convoqué en respectant un délai impératif et strict de quinze jours à compter de la date de réception de la convocation par l'agent.

Le conseil de discipline peut siéger valablement si le quorum (les trois quarts au moins des membres ayant voix délibérative), qui s'apprécie en début de séance, est atteint.

L'avis du conseil de discipline est requis à la majorité des membres présents.

## SECTION 2 : La commission de l'activité libérale

### 1. Composition

La commission de l'activité libérale est composée comme suit:

- Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas intérêt dans la gestion d'un établissement de soins privés, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- Deux représentants désignés par le conseil de surveillance en son sein parmi ses membres non médecins ;
- Un représentant de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales désigné par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ;
- Deux praticiens de l'établissement exerçant une activité libérale, désignés par la commission médicale d'établissement ;
- Un praticien de l'établissement n'exerçant pas d'activité libérale désigné par la commission médicale d'établissement.

Le mandat des membres est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

### 2. Attributions<sup>12</sup>

La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

### 3. Fonctionnement

La commission élit son président parmi ses membres par vote à bulletin secret, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours. En cas d'égalité des voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice de l'âge.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités mentionnées ci-dessus ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président.

La commission peut demander communication à l'établissement, comme aux praticiens, de toute information utile à l'exécution de ses missions.

Ces communications s'effectuent dans le respect du secret médical.

Lorsque la commission est consultée par le directeur de l'agence régionale de santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas d'un praticien, son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier.

Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, le comité consultatif médical lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure.

La commission arrête sa proposition ou son avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

Lorsqu'elle a été saisie par le directeur de l'agence régionale de santé, la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine ; passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et au préfet.

## SECTION 3 : La commission de l'organisation de la permanence des soins

### Article 1 – Forme

Cette commission est régie par l'arrêté du 30 Avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>12</sup> Art L6154-1 du CSP et suivants, art R6154-13 du CSP

Ce règlement intérieur est établi par la commission de l'organisation de la permanence des soins.

#### Article 2 – Missions

Les missions de la commission sont les suivantes :

- Définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre
- Donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la PDS, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens
- Donner son avis sur les conventions portant la mutualisation de la PDS entre plusieurs établissements,
- Établir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la PDS et l'adresser au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement
- Établir la charte du temps médical et en valider les modifications sur demande de la direction et de la CME
- Donner un avis sur les tableaux généraux de service

La commission a un rôle d'observatoire sur l'organisation du temps médical de l'établissement,

#### Article 3 - Composition

En application de l'article 7 de l'arrêté modifié du 30 avril 2003, la composition de la commission de l'organisation de la permanence des soins a été fixée par la commission médicale d'établissement ainsi qu'il suit :

- Le directeur ou son représentant, assisté du collaborateur de son choix,
- Le président de la CME ou son représentant,
- Les chefs de pôle
- 3 représentants des personnels médicaux ou pharmaceutiques des UMA organisées en temps médical continu
- 3 représentants des personnels médicaux ou pharmaceutiques des UMA accomplissant des permanences de nuit, du samedi après-midi, de dimanche et jours fériés sous forme de permanence sur place ou d'astreinte

Cette commission élit en son sein au scrutin uninominal majoritaire à deux tours un président et un vice-président. Pour être élu au premier tour la majorité absolue des électeurs est nécessaire. Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas d'égalité des suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

Le président peut démissionner ou être démis de ses fonctions par décision de la commission.

#### Article 4 – Désignation des membres

Les membres qui ne sont pas des membres de droit sont élus en CME en veillant au respect de l'article 3.

#### Article 5 - Durée du mandat et assiduité

Cette commission est désignée pour quatre ans, renouvelable dans son intégralité à chaque changement de CME, et partiellement en cas de démission ou de départ d'un membre.  
Elle peut être dissoute par décision de la CME

Tous les membres sont soumis à une obligation d'assiduité.

En cas d'absence répétée et au moins à partir de deux absences consécutives aux réunions de la commission, le président interroge le membre concerné sur sa volonté de continuer à participer aux travaux.

En cas de désistement formulé par écrit ou de nouvelles absences non justifiées aux réunions suivantes, le président propose au président de la CME de procéder au remplacement du membre selon les modalités ci-dessus.

La procédure est identique en cas de démission d'un membre.

#### Article 6 – Président

Lors de la première réunion de la commission, qui suivra immédiatement sa constitution, la commission procédera à l'élection, de son président et de son vice-président qui devront être tous les deux praticiens hospitaliers.

En cas d'empêchement exceptionnel du président, le vice-président peut le représenter dans ses fonctions de représentation ou dans l'organisation et l'animation des séances.

En cas d'empêchement définitif constaté, il est procédé à la réélection d'un président.

Le rôle du président est :

- d'arrêter la date des convocations et de fixer en relation avec la direction, l'ordre du jour des séances.  
Les thèmes composant l'ordre du jour seront définis par le président et la direction en fonction des propositions des différents membres et en application des missions assignées à la commission de l'organisation de la permanence des soins par les dispositions réglementaires en vigueur.
- De se procurer auprès de la direction l'ensemble des documents qu'il juge nécessaire pour accomplir sa mission

#### Article 7 – Secrétariat

Le secrétariat est assuré par le secrétariat de la Direction des Ressources Humaines.

Chaque réunion fait l'objet d'un relevé de conclusions signé par le Président et le Directeur. Ce relevé de conclusions est adressé à chaque membre de la commission. Ces derniers auront quinze jours pour faire part de leurs remarques. Le relevé de conclusions pourra être modifié ou complété en fonction de ces remarques, après accord du président et du directeur. En cas de désaccord ces remarques seront annexées au relevé de conclusions qui sera, dans tous les cas, communiqué à la commission médicale d'établissement lors de sa séance suivante.

#### Article 8 - Séances

La commission se réunit au moins une fois par semestre sur convocation de son président.  
Une séance exceptionnelle peut être organisée à la demande de président de CME ou du directeur.  
L'ordre du jour est adressé aux membres au moins 10 jours avant la séance.  
La date des séances est fixée lors de la réunion précédente sauf urgence.  
La durée des séances est de 2 heures au plus.

#### Article 9 - Quorum

La commission ne peut se réunir que si au moins la moitié des membres est présente en début de séance.  
Les décisions soumises au vote ne seront validées qu'en présence de la moitié ou plus des membres permanents.  
Aucune procuration ne peut être prise en compte.  
En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée par le président sans délai, dans ce cas le quorum n'est pas alors requis.  
Les votes ne se feront à bulletin secret qu'à la demande expresse de la majorité des membres. Dans cette hypothèse et en cas d'égalité des voix, un avis partagé est réputé avoir été donné.  
Lors d'un vote à main levée, la voix du Président est prépondérante en cas de partage des voix.

#### Article 10 – Obligations des membres

Tous les membres, sont tenus au respect du secret professionnel.  
Les débats sont confidentiels.

Les membres ne pouvant assister à une séance sont tenus de s'excuser au moins 48h avant la séance.

#### Article 11 - Modifications

Une modification du règlement intérieur peut être entreprise à la demande d'au moins la moitié des membres ou du président de la CME ou du directeur. La demande est présentée par le président et doit être approuvée par la commission.

#### Article 12 – Rapport d'activité et d'évaluation

Le président réalise un rapport annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence médicale qu'il adresse au directeur et au président de la CME.

## **SECTION 4 : Le comité d'éthique**

### **1. Missions <sup>13</sup>**

Il est créé un comité d'éthique hospitalier, organe collégial spécifique sans personnalité morale, dans le cadre d'un partenariat entre le Centre hospitalier des Vallées de l'Ariège, le Centre Hospitalier du Pays d'Olmes et l'Hôpital Jules Rousse de Tarascon. La charte du comité d'éthique précise les missions compétences et règles de saisine du comité d'éthique inter-hospitalier.

Le comité s'est doté d'un règlement intérieur.

Le comité a pour mission de :

- Produire des avis ou des orientations générales à partir d'études de cas, questions particulières ou thèmes généraux, sans destituer personne de son autorité propre sur son terrain d'action
- Diffuser en interne des réflexions, des recommandations ou préconisations générales qui sont adressées aux instances ou à des professionnels concernés.
- Assurer des formations internes, de type sensibilisation sur des thèmes ayant un rapport avec l'éthique

Il peut avec l'accord du directeur, sous le sceau de la confidentialité et de l'anonymat des cas étudiés interroger d'autres instances tel l'espace éthique régional ou le Comité Consultatif National d'Éthique.

Les conclusions sont rédigées et validées en séance.

### **2. Composition**

Le comité d'éthique est multidisciplinaire, il comprend des membres des 3 hôpitaux formés à l'éthique et des personnalités extérieures qualifiées qui sont tous membres de droit.

---

<sup>13</sup> Charte du 14 décembre 2009

Des invités choisis en fonction de leur compétence ou de leur implication dans le sujet traité, pourront participer à certaines séances sur proposition du rapporteur et du comité restreint.

Il comporte des membres des 3 hôpitaux :

**Centre hospitalier des Vallées de l'Ariège :**

- 7 médecins
- 6 personnels non médicaux
- 1 sage femme

**Centre hospitalier du pays d'Olmes :**

- 1 médecin
- 2 personnels non médicaux
- Hôpital de Tarascon :
  - 1 médecin
  - 1 personnel non médical
- et des personnalités qualifiées extérieures aux établissements :
  - un médecin de l'Ordre des Médecins
  - un représentant du culte (représentant œcuménique)
  - un représentant des usagers
  - un juriste
  - un philosophe
  - deux ou trois personnalités de la société civile

Les candidats souhaitant représenter chacun des hôpitaux font acte de candidature auprès du président du comité d'éthique.

Les candidatures sont validées par les directeurs des hôpitaux sur proposition du groupe projet éthique pour la première composition, puis sur proposition du comité lui-même, ceci après acte de candidature.

### **3. Fonctionnement**

#### **A. Saisine**

Tout personnel des établissements peut saisir le comité d'éthique pour un problème éthique dans le champ de compétence du comité en adressant une demande écrite au président. Aucune demande anonyme ne peut être prise en compte.

Le comité peut aussi être saisi par le directeur pour traiter une demande émanant d'une personne extérieure à l'établissement ( patient, famille, autre professionnel...).

La recevabilité de chaque demande est étudiée par un comité restreint et prise en compte après avis du directeur de l'établissement concerné.

En cas de difficulté, la demande sera présentée en commission plénière qui se prononcera sur la recevabilité de la demande.

Le comité sera informé de toutes les demandes considérées comme non recevables par le comité restreint ou le directeur.

Le comité peut par décision motivée donner suite à cette demande ou la réorienter sur d'autres dispositifs.

Le requérant peut être entendu à la demande du comité d'éthique.

#### **B. Durée du mandat et assiduité**

Le mandat de membre du comité est d'une durée de 3 ans renouvelable. Lorsqu'un membre quitte le comité définitivement au cours de son mandat, il est remplacé après appel à candidature.

Tous les membres sont soumis à une obligation d'assiduité. En cas d'absences répétées et au moins à partir de 2 absences consécutives aux réunions du comité d'éthique, le président interroge le membre concerné sur sa volonté de continuer de participer aux travaux. En cas de désistement formulé par écrit ou de non réponse suivie d'absence à la plus proche réunion, le président propose au directeur de l'établissement concerné de procéder au remplacement du membre concerné selon les modalités ci-dessus. La procédure est identique en cas de démission d'un membre.

#### **C. Présidence**

Les membres du comité d'éthique élisent en leur sein un président et un vice-président dont l'un est membre du corps médical et l'autre est non médecin, selon la procédure fixée dans son règlement intérieur.

Le rôle du président est de :

- Représenter le comité d'éthique dans les instances.
- Arrêter les dates de rencontre et de fixer l'ordre du jour des séances
- Préparer le rapport annuel d'activité

En cas d'empêchement exceptionnel du président, le vice président peut le représenter dans ses fonctions de représentation, ou les séances du comité d'éthique. En cas d'empêchement définitif constaté, il est procédé à sa réélection.

#### **D. Organisation des travaux**

Le comité se réunit une fois par trimestre au minimum sur invitation de son président et à titre exceptionnel selon les modalités fixées dans son règlement intérieur.

L'ordre du jour est fixé par le président.

Chaque réunion fait l'objet de conclusions adressées à l'ensemble des membres au plus tard en même temps que la convocation pour la réunion suivante.

Le comité ne peut se réunir que si au moins 9 membres titulaires sont présents en début de séance

Le secrétaire du comité, désigné pour 3 ans renouvelable, assure la gestion des dossiers en toute confidentialité.

Le comité d'éthique établit un rapport annuel d'activités comportant :

- le nombre de réunions
- le nombre d'avis rendus
- la liste des thèmes étudiés
- les recommandations d'ordre général
- une évaluation de son activité et de son fonctionnement.

Le rapport d'activité élaboré par le président et approuvé par le comité est transmis au directeur, à la CME, au conseil de surveillance et à la CSIRMT de chaque établissement.

## SECTION 5 : Le collège médical du département de l'information médicale

### 1. Le département de l'information médicale

Le DIM 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 (PMSI).

Le médecin responsable du DIM est garant de la validité et de l'exhaustivité des données. Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utile à cette gestion. Dans sa mission, il est assisté du collège du DIM.

Le médecin responsable du DIM est par ailleurs en charge de la gestion du service des archives médicales (conservation des dossiers médicaux).

### 2. Le collège médical du département de l'information médicale

#### A. Composition

Le collège est composé de la façon suivante :

- Le président de la commission médicale d'établissement ;
- Le médecin responsable du département d'information médicale ;
- Six praticiens proposés par chacun des pôles médicaux et médico-techniques. Cette proposition est validée par la commission médicale d'établissement.
- Le directeur de l'établissement ou son représentant ;
- Le directeur des services de soins infirmiers ou son représentant chargé d'une mission transversale dans le domaine du système d'information.

Le responsable du service informatique assiste aux réunions du collège.

Pour l'étude d'un point précis inscrit à l'ordre du jour, le collège peut inviter à titre facultatif, toute personne dont la compétence est utile à son information.

Le collège est renouvelé en même temps que la commission médicale d'établissement. Sa composition nominative est arrêtée par le directeur sur proposition de la commission médicale d'établissement.

#### B. Attributions

Le collège a pour missions de:

- Elaborer et proposer les modifications du règlement intérieur du département d'information médicale, qui doit être intégré au règlement intérieur de l'établissement, après délibération des instances compétentes ;
- Définir la politique, les objectifs opérationnels du département d'information médicale et en contrôler l'exécution ;
- Donner son avis sur le rapport d'activité annuel du département d'information médicale.

#### C. Fonctionnement

Le département de l'information médicale établit un règlement intérieur qui définit les modalités de fonctionnement de ce dernier.

## SECTION 6 : Les conseils de la vie sociale des EHPAD

Le centre hospitalier des Vallées de l'Ariège gère 2 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

- Le Bariol** : 130 places d'hébergement à temps complet, 12 places en accueil de jour pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer,
- Bellissen** : 100 places d'hébergement à temps complet, 12 places en accueil de jour

Chacune de ces structures dispose, conformément à la réglementation <sup>14</sup> d'un conseil de la vie sociale

### **3. Missions**

Il s'agit d'un organe consultatif sur toutes les questions relatives à la vie dans l'établissement.

Le conseil de la vie sociale, instance d'expression des résidents, des familles, du personnel et de l'organisme gestionnaire donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service et notamment sur :

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

Le conseil de la vie sociale doit être informé de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a pu émettre.

### **4. Composition <sup>15</sup>**

Il est composé de représentants élus ou désignés pour trois ans par scrutin secret.

Chacun des conseils de la vie sociale comprend au moins :

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

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. Leurs noms sont portés à la connaissance des résidents par voie d'affichage.

Le conseil de la vie sociale se réunit tous les trimestres. Les réunions sont publiques.

---

<sup>14</sup> décret n°04-415 du 27 mars 2004

<sup>15</sup> Art D311-4 et suivants du code de l'action sociale et des familles

## CHAPITRE 4 : Les pôles d'activité

*Pour l'accomplissement de ses missions, et en application du principe de liberté d'organisation consacré par la loi HPST, le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège définit librement son organisation interne, sous réserve des dispositions prévues par le code de la santé publique.*

*Il revient au directeur de définir cette organisation, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME<sup>16</sup>. L'établissement est composé de pôles d'activité comportant des structures internes, dénommées secteurs cliniques ou médicotechniques (SC ou SMT), unités médicales d'activité (UMA) ou unités médicotechniques (UMT), en nombre variables selon leur nature et périmètre d'activité. Le secteur clinique ou médicotechnique est une réunion cohérente d'unités médicales ou médicotechniques dans le but de faciliter le pilotage fonctionnel du pôle. Les UMA ou UMT sont des unités individualisée de prise en charge directe ou indirecte des patients. Un SC ou SMT peut recouvrir parfois le même périmètre qu'une UMA ou UMT.*

L'organisation interne de l'établissement a été arrêtée de la manière suivante :

### **Quatre pôles médicaux :**

- Le pôle des spécialités chirurgicales ;
- Le pôle de médecine et des spécialités médicales ;
- Le pôle des spécialités d'intérêt territorial ;
- Le pôle médicotechnique.

### **Trois pôles administratifs et logistiques :**

- Le pôle de l'organisation de l'offre de soins et des coopérations territoriales ;
- Le pôle des ressources humaines, de la formation et des soins ;
- Le pôle du patrimoine et de la logistique ;

## SECTION 1 : Les pôles d'activité cliniques et médicotechniques

### **1. Les missions des pôles d'activité**

Les pôles traduisent l'organisation interne médicale et médicotechnique de l'hôpital. Ils mettent en œuvre la stratégie médicale et sont au cœur du pilotage opérationnel de l'établissement. Ils peuvent dans le cadre d'une stratégie de groupe définie par le projet d'établissement se muer en pôles de territoire.

En offrant un cadre à la coordination des activités et à la mutualisation des moyens, le pôle s'attache à :

- La qualité, la sécurité et la pertinence des soins ;
- La concertation et le dialogue entre professionnels ;
- La productivité et l'efficacité.

Ces missions leur sont confiées :

- dans le cadre du projet de pôle approuvé par les instances et du contrat de pôle signé par le responsable de pôle d'une part avec le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la commission médicale d'établissement,

- dans le cadre de missions proposées par le directoire et la commission médicale d'établissement.

Pour ces missions, les actions ainsi que les objectifs chiffrés seront définies dans les contrats de pôles intégrant les moyens mis à disposition.

### **2. La gouvernance clinique et médicotechnique des pôles**

#### **A. Le chef de pôle**

##### **a) Les modalités de désignation<sup>17</sup>**

*Le praticien chef de pôle est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions élaborée par le président de la CME. Cette liste, 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, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix. Le praticien chef de pôle est nommé pour une durée de 4 ans renouvelable.*

*Outre l'échéance normale du mandat, il peut être mis fin aux fonctions de chef de pôle à tout moment dans l'intérêt du service, par décision du directeur après avis, pour les chefs de pôles cliniques et médicotechniques du président de la CME.*

<sup>16</sup> Art L6146-1 du CSP

<sup>17</sup> Art L6146-1 du CSP, art R6146-1 du CSP (décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements de santé)

## **b) Les missions et moyens du chef de pôle<sup>18</sup>**

### Missions générales

*Le décret n°2010-656 du 11 juin 2010 fixe le champ des délégations de signature et de gestion. Il exerce un rôle dans le domaine de la gestion des ressources humaines, l'organisation du pôle, l'engagement et le suivi des dépenses de titre 2 (dépenses médicales), dépenses à caractère hôtelier (titre 3).*

*Ce texte prévoit également que le chef de pôle assume des responsabilités de management importantes :*

*1°) dans le processus de nomination (ou la fin de fonctions dans l'intérêt du service) des responsables des structures internes au pôle dont il propose les noms à l'avis du président de la CME et la décision du directeur ;*

*2°) en matière de concertation interne en associant toutes les catégories du personnel du pôle.*

*Le chef de pôle coordonne l'élaboration du projet de pôle décliné en objectifs annuels.*

*Il veille à la mise en œuvre des dispositions contractuelles liant son pôle d'activité à l'établissement, et ce, dans l'ensemble des structures internes constituant le pôle. Il produit le rapport annuel d'activité du pôle qualitatif et quantitatif.*

*Dans le cadre des délégations signature et de gestion que le directeur lui a accordées, il gère les moyens mis à la disposition du pôle notamment en matière de ressources humaines et logistiques.*

*Il prépare, dans le respect des normes institutionnelles, les profils de poste des personnels dont il a l'autorité fonctionnelle avant de les soumettre à la validation de la direction. Il peut déléguer aux cadres de santé le soin de préparer les profils de poste des personnels paramédicaux.*

*Il évalue la contribution au fonctionnement du pôle des collaborateurs associés.*

*Il participe à l'élaboration du plan de formation des personnels notamment médicaux.*

*Le chef de pôle décline dans le pôle la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.*

*Il organise, avec les équipes médicales, soignantes administratives et d'encadrement du pôle, sur lequel il a autorité fonctionnelle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles.*

*Il négocie et, signe le contrat d'objectif et de moyens de son pôle avec le directeur, après avis du président de la CME et veille à la réalisation et au suivi de ce dernier.*

*Il est l'interlocuteur auprès de la direction générale et des instances de l'établissement pour les questions qui relèvent de la compétence de son pôle et dans la limite du mandat qu'il a reçu et du contrat de pôle signé avec le directeur.*

*Il valide et organise, en relation avec le chef d'UMA, les activités territoriales des médecins du pôle.*

### Qualité et sécurité des soins

*Il est responsable de l'organisation, de la continuité des soins et du bon fonctionnement du pôle. Il valide l'organisation médicale mise en place avec les responsables des structures internes du pôle notamment les tableaux de service.*

### Productivité et efficience

*Il participe à la mise en place et au suivi des indicateurs de gestion et des indicateurs de qualité contenus dans les tableaux de bord trimestriels en relation avec la cellule de contrôle de gestion et le service Qualité. Il est notamment chargé avec le bureau du pôle d'analyser les écarts en matière d'objectifs d'activité, de qualité et financier de son pôle et de mettre en œuvre le cas échéant les actions correctives.*

*Il s'assure que les professionnels du pôle produisent les informations relatives à l'activité et à sa facturation.*

*Il présente à la direction au cours d'une revue de contrat tous les quadrimestres un bilan intermédiaire de l'évolution du contrat de pôle au regard des tableaux de bord mis à sa disposition. Il peut se faire assister du contrôle de gestion.*

*Il produit annuellement l'état d'avancement des objectifs mentionnés dans le contrat de pôle.*

### Déontologie

*Le responsable de pôle se prononce en tant que représentant du pôle, dans l'intérêt général de celui-ci et non dans celui de l'unité médicale d'activité ou l'unité médicale technique dans laquelle il exerce.*

## **c) Trinômes de pôles et relais médicaux**

*Dans l'exercice de ses fonctions, il est assisté par un cadre supérieur de santé et un cadre administratif pour lesquels il est associé quant au choix. Il s'appuie pour le seconder sur les responsables des SC ou SMT qui peuvent le suppléer dans des réunions institutionnelles et assumer en son absence l'intérim du pôle. Il appartient au chef de pôle de les désigner à cet effet.*

<sup>18</sup> Art L6146-1 du CSP, art D6146-1, R6146-8 et 9 du CSP

## Les responsables de structures internes

### a) Les missions du responsable de secteur clinique ou médicotechnique

Le responsable de secteur clinique ou médicotechnique a pour mission essentielle de faciliter la circulation de l'information dans son secteur. Il peut suppléer le chef de pôle dans les réunions institutionnelles à l'exception des instances dans lesquelles le chef de pôle est nommé es qualité et des revues de contrat.

En l'absence pour congés du chef de pôle, il peut assurer l'intérim du pôle.

Il est membre de droit du bureau de pôle et du conseil de pôle.

### b) Les missions du responsable d'unité médicale ou médico-technique

Chaque UMA ou UMT du pôle est placée sous la responsabilité d'un praticien dans le cadre de l'organisation générale définie par le chef de pôle et dans le respect du projet de pôle.

Dans le cadre du contrat de pôle et du projet de pôle, il prépare un projet de structure, en concertation avec le chef de pôle. Il propose au chef de pôle une organisation médicale de sa structure, en particulier concernant la responsabilité, la surface et les missions de chaque praticien. Il met en œuvre l'organisation qui en découle avec l'équipe médicale, soignante et d'encadrement, apporte son concours à l'évolution des techniques dans sa structure et est responsable de la continuité des soins et du bon fonctionnement de celle-ci.

Il participe, dans le respect des normes institutionnelles et en concertation avec le chef de pôle, à l'élaboration des profils de poste des personnels sur lesquels, par délégation, il a autorité fonctionnelle.

Dans sa structure, en concertation avec le chef de pôle, il participe à la gestion des moyens mis à sa disposition, notamment en matière de ressources humaines et logistiques.

Il établit les tableaux de service médicaux soumis à la validation du chef de pôle. Il est membre de droit du conseil de pôle et participe au bureau de pôle élargi. Dans ce cadre, il participe à l'élaboration du projet de pôle et à la gestion du pôle.

Il participe à la production du rapport annuel d'activité du pôle, qualitatif et quantitatif et à la revue de contrat de pôle.

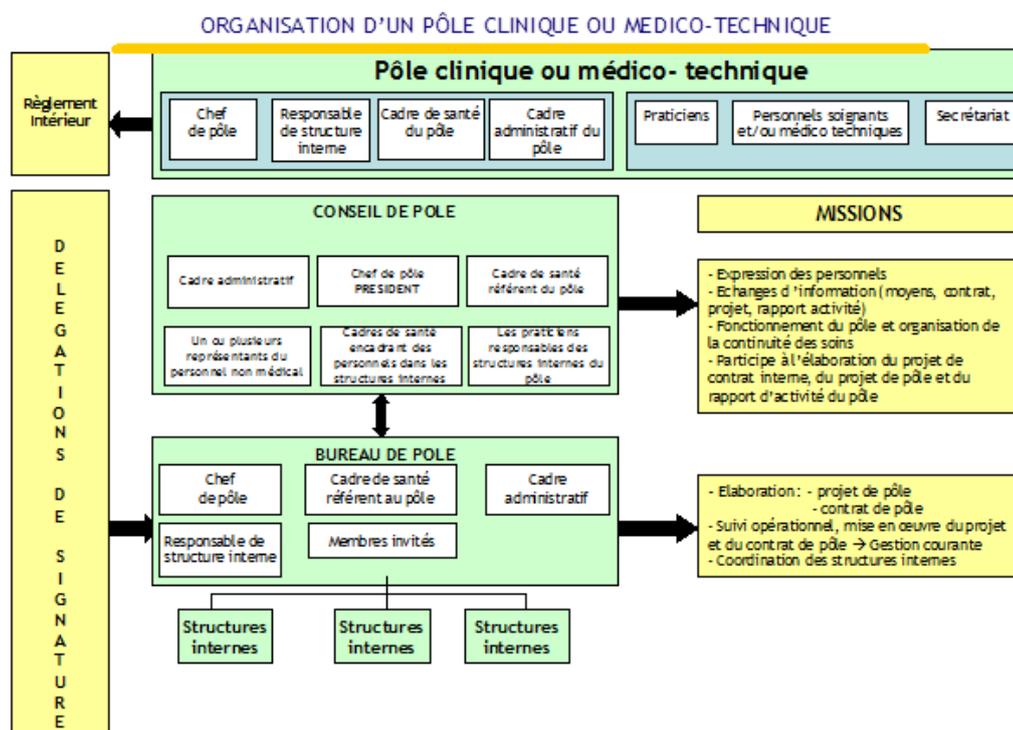
Il est le garant de la production des informations relatives à l'activité de sa structure et à sa facturation.

### c) Les modalités de désignation

Il revient au directeur de nommer les responsables des structures internes sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Cette fonction prend fin en même temps que celle du chef de pôle dans le cadre d'une vacance. Un responsable d'UMA ou UMT peut être nommé responsable de SC ou SMT.

En cas d'absence prolongée ou d'indisponibilité du responsable médical d'UMA ou d'UMT, l'intérim est assuré par un membre de l'équipe médicale affectée à l'UMA ou l'UMT, désigné par le chef de pôle. A défaut de candidature, l'intérimaire est désigné par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement.

## B. La gestion des projets de pôle



## C. Le projet de pôle

Le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle. Le projet de pôle doit être en accord avec le projet d'établissement.  
Le projet de pôle définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Il prévoit l'organisation et les moyens qui en découlent.  
Le projet de pôle définit notamment les orientations et les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'organisation des soins.

## D. Les instances de pilotage

### a) *Le bureau de pôle*

Un bureau de pôle est constitué pour la gestion courante du pôle. Il est composé du chef de pôle, des responsables de secteurs cliniques et médicotechniques et, dans sa forme élargie des responsables d'unités médicales et médicotechniques, ainsi que les collaborateurs non médicaux assistants du chef de pôle. Le bureau a la possibilité de faire participer des membres invités.  
Il se réunit autant que de besoin.

### b) *Le conseil de pôle*

La loi du 21 juillet 2009 ne fait plus mention des conseils de pôle. Cette instance est cependant rétablie car elle participe de la nécessaire concertation interne. A l'exception des membres de droit, la désignation de ses membres se fonde sur le tirage au sort.

Le conseil de pôle est présidé par le chef de pôle. Il comprend des membres de droit (membres du bureau de pôle et ensemble des médecins, pharmaciens odontologistes) et des membres nommés. Sa principale mission est de participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle.

Le conseil de pôle doit être mis en mesure de formuler des propositions sur les conditions du fonctionnement du pôle.

Il se réunit au moins trois fois par an sur un ordre du jour arrêté par le chef de pôle.

Sa composition et ses missions sont précisées dans le règlement intérieur des conseils de pôle.

### c) *Les réunions d'UMA*

Le responsable d'UMA et le cadre de proximité doivent réunir à échéances régulières leur équipe pour analyser les fonctionnements et les améliorer dans l'esprit des démarches qualité.

## E. Les collaborateurs non médicaux

### a) *Le cadre supérieur de santé assistant du chef de pôle*

Le cadre supérieur de santé de pôle concourt à l'animation et la coordination du fonctionnement du pôle en lien avec le chef de pôle. Il assiste le responsable de pôle et l'équipe soignante du pôle est placée sous son autorité hiérarchique.

Il est affecté par le directeur, sur proposition de la direction des soins, après consultation du chef de pôle.

### b) *Le cadre gestionnaire assistant du chef de pôle*

L'ensemble des personnels administratifs exerçant sur le pôle est placé sous l'autorité d'un cadre gestionnaire qui assiste le responsable de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences.

Ce cadre est affecté par le directeur après consultation du chef de pôle clinique ou médicotechnique auquel il est fonctionnellement rattaché.

### c) *Le cadre de santé d'UMA ou d'UMT du pôle*

Ses missions sont, entre autres, les suivantes :

- Le cadre de santé de pôle est garant du respect des missions du service public et des règles déontologiques.
- Il est garant de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- Il coordonne les activités de son unité, participe à sa gestion, anime son ou ses équipe(s) de soins ou médicotechniques.
- Il respecte et fait respecter les règles professionnelles.
- Il veille au respect des droits et devoirs du patient par les membres de son équipe.
- Il initie et/ou participe à l'élaboration de procédures, les met en place, les évalue et veille à leur application.
- Il est acteur dans la démarche de certification de l'établissement.
- Au titre de la démarche qualité et de gestion des risques, il a une responsabilité particulière dans la prévention des risques, le signalement des événements indésirables, et la satisfaction des patients.

Il convient de se référer pour le rôle et l'ensemble des missions du cadre de santé d'UMA ou d'UMT à la fiche de poste correspondante.

## F. Le fonctionnement des pôles

Les pôles d'activité choisissent librement leur organisation et leur fonctionnement interne, dans le cadre de la réglementation et sur la base de moyens qui leur sont attribués dans le cadre du contrat de pôle. Ce fonctionnement est décrit dans son règlement intérieur.

### **3. Le dialogue de gestion**

Le dialogue de gestion porte sur des objectifs de projet et/ou de progrès définis en commun et contractualisés entre les pôles et la direction.

La direction développe la comptabilité analytique par pôle et par secteur d'activité. Des tableaux de bord sont coproduits, ils intègrent essentiellement les objectifs fixés dans le contrat. Le rythme de production des tableaux de bord est négocié entre la direction et le pôle.

#### **Méthode de définition des objectifs**

La définition suit une trame qui permet de sérier, décliner et évaluer les objectifs. Classiquement cette trame comporte 4 parties : un diagnostic, un corps de projet, une évaluation médico-économique et une mesure des performances. Cette trame figure en annexe.

#### **Communication**

Le dialogue de gestion est construit en s'appuyant sur trois principaux acteurs, le directeur, le chef de pôle et le président de la CME. Les directions et collaborateurs directs des pôles concourent à la qualité de ce dialogue. Le chef de pôle est destinataire de toutes informations qui concernent la vie du pôle. Les directions s'emploient à le tenir informé des rencontres qui concernent ses collaborateurs et de l'associer si besoin.

Des revues de contrat sont organisées 3 fois par an. L'ordre du jour est arrêté conjointement par le directeur et le chef de pôle qui peuvent inviter les personnes de leur choix. Le président de la CME y est systématiquement convié.

Les participants reçoivent une invitation accompagnée des documents produits par le pôle, les services des pôles administratifs et logistiques et le DIM (tableaux de bord). La direction des finances et du dialogue de gestion est chargée de colliger les informations et d'assurer le relevé de conclusions de chaque revue.

Le chef de pôle veille à ce que le conseil de pôle et les réunions d'UMA soient réguliers et garantissent l'expression des personnels.

#### **La contractualisation et les délégations de signature**

Le directeur signe pour une durée de 4 ans avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical. Il fait l'objet d'une concertation avec le directoire. Il est porté à la connaissance des instances de l'établissement et du personnel.

Il décrit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués au pôle. Il doit également comporter des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et de prévention des risques professionnels. Il est assorti d'indicateurs de résultats, qui permettent d'évaluer la réalisation des objectifs.

Il définit le champ et les modalités de la délégation de signature donnée au chef de pôle.

Sur la base d'un contrat de pôle, signé entre le chef de pôle et le directeur, des ressources humaines, financières, et logistiques sont mises à la disposition des pôles. Ces moyens sont négociés dans le cadre de la contractualisation interne et permettent de mettre en œuvre les différents projets de pôles. Ces délégations ont pour objectifs la réalisation des objectifs stratégiques et des objectifs majeurs de l'établissement. Ils font l'objet d'indicateurs de réalisation, annexés au contrat.

Des délégations de signature en vue de la gestion au niveau des pôles d'activité concernant les ressources humaines et physiques lui sont attribuées.

Au titre de la délégation de signature :

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

- 1°) dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- 2°) dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 3°) dépenses à caractère hôtelier ;
- 4°) dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5°) dépenses de formation de personnel.

Le champ de la délégation est préalablement déterminé avec les directions fonctionnelles et peut prendre un caractère progressif.

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

- 1°) gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2°) gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3°) définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4°) affectation des personnels au sein du pôle ;
- 5°) organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 6°) 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.

Ces délégations font l'objet d'une description plus précise dans le contrat-type en vigueur dans l'établissement.

### Section 1 : Les activités développées sur les différents sites

Outre l'activité développée sur le site principal de Saint Jean de Verges, (hospitalisation, activité ambulatoire, consultations externes), le CHIVA gère :

- un service d'hospitalisation à domicile. Cette unité dispose d'un règlement intérieur.
- deux EHPAD :  
Bellissen, situé à Foix, d'une capacité de 100 places et d'un accueil de jour de 12 places.  
Le Bariol, à Pamiers, d'une capacité de 130 places en hébergement et d'un accueil de jour de 12 places.

Ces deux établissements sont habilités à l'aide sociale départementale et disposent chacun d'un règlement de fonctionnement.

- une unité de Soins de Suite et de Réadaptation de 30 lits situé à Pamiers
- l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et l'institut de formation des aides-soignants (IFAS)
- une activité de télé-médecine

### Section 2: Les missions de santé publique exercées par le CHIVA

#### 1. L'unité d'accueil des victimes

Cette unité s'adresse aux victimes de violence : agressions, violences conjugales, sexuelles, routières qui pourront bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire liée à la collaboration d'acteurs départementaux : médecins, infirmières, secrétaires (CHIVA), juristes et psychologues (association judiciaire et d'orientation de l'Ariège, centre d'information sur le droit des femmes, association des psychologues en Ariège).

#### 2. Les consultations d'addictologie

#### 3. La participation aux actions de santé publique et de prévention des risques sanitaires

A. Le centre de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et la consultation de dépistage anonyme et gratuite du VIH et des hépatites (CDAG)

Le CIDDIST permet, outre l'information sur les risques et le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), d'avoir sur place diagnostic et traitement. C'est aussi un lieu pour parler des moyens de prévention les plus efficaces contre les infections sexuellement transmissibles.

Le CDAG pratique une évaluation du risque, au dépistage et, en cas de séropositivité, à une orientation vers les soins. La démarche est entièrement anonyme et gratuite.

B. Le CHIVA gère le centre départemental de lutte contre la tuberculose (CLAT 09)

##### Missions :

- dépistage autour d'un cas
- Actions de vaccinations
- Relai de la politique départementale de la politique de l'ARS

#### 4. La participation aux politiques de lutte contre l'exclusion

Le CHIVA a mis en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), une permanence d'accès aux soins de santé (PASS)<sup>19</sup>, qui comprend notamment une liaison avec la permanence d'orthogénie. Cette permanence, adaptée aux personnes en situation de précarité, vise à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Des conventions conclues avec l'Etat prévoient, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

#### 5. Le don d'organes

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège fait partie des établissements autorisés à pratiquer des prélèvements d'organes après décès en vue de greffes. Encadrée par la loi de bioéthique, cette activité est une mission de santé publique dans laquelle le centre hospitalier des Vallées de l'Ariège est inscrit depuis 1998.

<sup>19</sup> article L6112-6 du code de la santé publique

## 6. L'orthogénie.

Cette activité, menée en concertation avec les différents plannings familiaux et la PASS regroupe des consultations effectuées par une sage-femme et un médecin hospitalier. elle concerne également la prise en charge des IVG chirurgicales ou médicamenteuses.

### Section 3 : Les partenariats et les réseaux

Le centre hospitalier des Vallées de l'Ariège participe à de nombreuses actions de politique sanitaire en participant à des réseaux de santé, groupements de coopération territoriale et assure la collaboration des établissements entre eux à travers de nombreuses conventions. Le directeur du CHIVA représente l'établissement au sein de nombreuses instances :

#### Groupements de coopération sanitaires

- Urologie avec la clinique d'Occitanie;
- Regroupement des IFSI régionaux
- En cours de finalisation : laboratoire de biologie médicale CHIVA/CHAC
- GCS e-santé
- GCS e cancérologie

#### Réseaux de santé ville/hôpital :

- Réseau de médecine vasculaire,
- Réseau régional d'hématologie,
- Réseau régional de périnatalité,
- Réseau régional qualité,
- Réseau de soins palliatifs,
- Réseau de diabétologie,
- Réseau de cancérologie

#### Conventions inter-établissements :

- Avec le Centre Hospitalier Ariège Couserans : fonctionnement de l'HAD périnatale, consultation avancée de néphrologie, coopération en cancérologie, mise à disposition d'un pédiatre
- Avec le Centre Hospitalier du Pays d'Olmes : direction commune, création d'une fédération médicale inter-établissement des urgences CHIVA-La Soullano, coopération concernant le centre périnatal de proximité.
- Hôpital de Tarascon : mise en réseau des unités de SSR de la vallée de la Haute Ariège, partage d'activités médicales,
- CHU de Toulouse : conventions concernant le don d'organes, la conservation de tissus et de cornées, convention concernant le dépôt de produits labiles
- Convention d'intervention avec des praticiens spécialistes

#### Convention d'utilisation d'équipement :

- Scanner

#### Participation à des instances de coopérations :

- GIE IRM

#### Animation de réseaux :

- Filière gériatrique ariégeoise
- Réseau d'hygiène hospitalière
- Gestion des risques

## **SECTION 1 : La politique qualité**

### **1. L'organisation de la démarche qualité**

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

*c.f. schéma en annexe 7*

### **2. La mise en œuvre de la politique qualité**

Elle est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle. L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. Le pôle responsable de la politique qualité recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires, sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des auto-évaluations, visites de certification, des résultats de l'écoute client développée au sein de l'établissement, et des avis et propositions émis par la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), suit l'avancée des actions et les fédère.

Un organigramme détaillant l'organisation de la démarche qualité dans l'établissement est annexé au présent règlement intérieur.

### **3. Organisation de la démarche de certification**

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique et indépendante.

Elle s'inscrit dans un double courant qui prône :

- d'une part, une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs
- d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus. S'appuyant entre autres sur l'évaluation des pratiques professionnelles<sup>21</sup> et à côté de l'éventuelle accréditation des médecins et des équipes soignantes de l'hôpital, la procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des malades et les résultats obtenus à cet égard. Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale et sur un groupe de pilotage et de suivi.

### **4. Gestion des réclamations et plaintes**

Le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au directeur de leurs observations et s'il y a lieu, de leurs réclamations ou plaintes. Ils sont mis en mesure d'exprimer leurs griefs de façon écrite ou orale.

Le directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit, en donnant possibilité à toute personne ne pouvant s'exprimer qu'oralement de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit avec délivrance d'une copie. Tenu de fournir les explications sollicitées et de répondre aux demandes formulées<sup>22</sup>, il peut soit y procéder directement en informant l'usager de la faculté de saisir le médiateur compétent de la CRUQPC, soit saisir lui-même le médiateur avec information de l'usager. Le médiateur saisi rencontre l'usager dans les huit jours et adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au président de la CRUQPC; ce dernier transmet sans délai le compte-rendu du médiateur aux membres et au plaignant. La Commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement. Dans les huit jours suivant la séance, le directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la Commission

Un fichier synthétique des réclamations et plaintes est constitué au niveau de la direction de l'établissement; ce fichier est communiqué à la CRUQPC. Si le patient ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge effectuée par l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le directeur, soit la Commission Régionale

<sup>21</sup> Article L 6113-2

<sup>22</sup> Charte de la personne hospitalisée

de Conciliation et d'Indemnisations<sup>23</sup>, soit directement la juridiction compétente.

Le directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes. La saisine de la CRUQPC ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation ou à une requête devant les Tribunaux.

## SECTION 2 : Le comité de pilotage de la qualité et de la certification

### 1. Composition

Le comité comprend :

- Le directeur de l'établissement ;
- Le président de la commission médicale d'établissement ;
- Le responsable qualité ;
- Le directeur des soins ;
- L'ingénieur chargé de la qualité, gestionnaire des risques et des vigilances ;
- Un représentant de chaque commission ou comité spécialisé de la commission médicale d'établissement ;
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- Un représentant de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Un représentant de la cellule de gestion des risques ;
- Un représentant de la cellule d'évaluation permanente ;
- Un représentant du comité technique d'établissement ;
- Un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
- Les chefs de pôle.

### 2. Attributions

Les attributions du comité sont les suivantes :

- Préparer le plan 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 sur lequel il appartient au conseil de surveillance de délibérer, après avis des instances consultatives ;
- Suivre l'exécution de ce plan ;
- Assurer la cohérence des actions conduites par les différentes structures internes dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques ;
- Coordonner la préparation de la certification de l'établissement et mettre en œuvre les actions découlant du rapport de certification de la Haute autorité de santé.

## SECTION 3 : le comité d'orientation et de coordination<sup>24</sup>

### 3. Composition

Le comité d'orientation et de coordination du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est pluridisciplinaire.

Sa composition est fixée par le présent règlement intérieur :

Il comporte :

- Le président de la CME,
- Le directeur qualité,
- Le vice-président de la CME,
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- Le directeur des soins,
- Le responsable qualité,
- Un assistant qualité,
- Un représentant de la CSIRMT désigné par le président de la commission parmi les volontaires de cette commission,

Des experts pourront être invités à participer aux travaux du comité en fonction des sujets à l'ordre du jour.

### 4. Attributions

Le comité d'orientation et de coordination a pour objectif, dans le cadre d'une approche pluri professionnelle et décloisonnée de la politique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins, de recueillir des indicateurs en vue de définir des programmes d'amélioration de la qualité et de prévention des risques

<sup>23</sup> Article L 1110-7

<sup>24</sup> Décret 201-1402 du 12 novembre 2010 et circulaire n° DGOS/PF2/416 du 18 novembre 2011

## 5. Fonctionnement

Le comité d'orientation et de coordination du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège s'est doté d'un règlement intérieur et d'une charte de fonctionnement.

### SECTION 4 : La cellule de gestion des risques

#### 1. Composition

La cellule de gestion des risques du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est pluridisciplinaire. Sa composition est fixée par le présent règlement intérieur :

Le coordonnateur des risques associés aux soins,  
L'ingénieur chargé de la qualité et de la gestion des risques,  
L'assistant chargé de la gestion des risques,  
Deux représentants du corps médical et pharmaceutique désignés par la commission médicale d'établissement parmi les praticiens hospitaliers volontaires, membres ou non membres de la commission médicale d'établissement,  
Un représentant du comité de pilotage de la qualité de la prise en charge médicamenteuse,  
Le praticien hygiéniste,  
Deux cadres supérieurs ou cadres volontaires désignés par le directeur des soins,  
L'ingénieur biomédical,  
Un représentant de la CSIRMT désigné par le président parmi les volontaires de cette commission.

Des experts pourront être invités à participer aux travaux de la cellule en fonction des sujets à l'ordre du jour.

#### 2. Attributions

Les attributions de la cellule de gestion des risques sont les suivantes :

- analyser les événements indésirables signalés par les professionnels de l'établissement par le biais de la fiche de signalement,
- vérifier que la gestion immédiate de l'événement a été assurée par le premier niveau hiérarchique,
- identifier les événements indésirables graves et les transmettre à cellule d'orientation et de coordination
- initier les mesures correctives et en suivre l'évolution,
- proposer au comité d'orientation et de coordination des actions d'amélioration s'intégrant dans la politique qualité et sécurité de l'établissement.

Elle contribue aux analyses de risque a priori en fournissant des cartographies de risques signalés.

#### 3. Fonctionnement

La cellule de gestion des risques s'est dotée d'un règlement intérieur et d'une charte de fonctionnement.

### SECTION 5 : La cellule d'évaluation permanente de la satisfaction des usagers

#### 1. Composition

La cellule d'évaluation permanente du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est pluridisciplinaire. Sa composition est fixée par le présent règlement intérieur :

Le directeur chargé de la qualité ;  
Un représentant des usagers;  
Le directeur chargé de la logistique ;  
L'ingénieur chargé de la qualité et de la gestion des risques ;  
L'assistant qualité ;  
Deux représentants du corps médical et pharmaceutique désignés par la commission médicale d'établissement parmi les praticiens hospitaliers volontaires, membres ou non membres de la commission médicale d'établissement;  
Un cadre supérieur et trois cadres soignants ou médico-techniques désignés par le directeur des soins parmi les cadres volontaires ;  
Une sage-femme, cadre supérieur ou cadre, volontaire ;  
Un cadre administratif de Pôle ;  
Le cadre administratif responsable de la gestion administrative des patients ;  
Un infirmier ou aide-soignant désigné par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;  
Une secrétaire médicale volontaire.

Cette composition pourra être élargie par décision du directeur du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège à d'autres professionnels de l'établissement volontaires et dont la participation aux travaux de la cellule

apparaîtrait souhaitable. Des experts pourront être invités à participer aux travaux de la cellule en fonction des sujets à l'ordre du jour.

## **2. Attributions**

La cellule d'évaluation permanente est chargée de :

- Réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, des correspondants médicaux, des partenaires externes et de la population de la zone d'attraction de l'établissement ;
- Analyser les résultats de ces enquêtes ainsi que des questionnaires de sortie remplis par les patients ;
- Assurer en interne la communication de ces résultats et de ces analyses et transmettre aux instances des rapports périodiques ;
- Proposer au comité de pilotage de la qualité et de la certification des actions prioritaires s'intégrant dans le plan qualité et sécurité de l'établissement.

## **3. Fonctionnement**

La cellule d'évaluation permanente s'est dotée d'une charte qui organise son fonctionnement et ses travaux.

# **SECTION 6 : Le coordonnateur des vigilances**

## **1. Désignation**

Le coordonnateur des vigilances est le pharmacien hygiéniste de l'établissement.

## **2. Attributions**

Les attributions du coordonnateur des vigilances sont les suivantes :

- Vérifier que les structures de vigilances sont en place, qu'elles sont conformes et qu'elles fonctionnent ;
- Améliorer la performance des vigilances par une gestion harmonisée qui respecte la spécificité de chaque filière ;
- Développer des aspects prospectifs de gestion et prévention de risques et organiser les interfaces.

# **SECTION 7 : L'organisation des différentes vigilances**

## **1. Le correspondant local d'infectiovigilance**

### **A. Désignation**

Le correspondant local de l'infectiovigilance est désigné par le directeur de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement.

Le directeur informe de cette désignation le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et le directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

### **B. Attributions**

Les attributions du correspondant local d'infectiovigilance sont les suivantes :

- Il procède au signalement de ces cas par écrit et sans délai auprès du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et du directeur du centre interrégional de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- Il informe de la transmission de ce signalement le praticien responsable du pôle d'activité dans lequel le ou les cas sont apparus, le médecin responsable du ou des patients concernés, le président de la sous-commission médicale chargée de la lutte contre les infections nosocomiales et le directeur de l'établissement ;
- Le recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant faire l'objet d'un signalement est organisé selon les modalités définies par la sous-commission de la commission médicale d'établissement chargée de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- Le nombre annuel de signalements dans l'établissement est indiqué dans un bilan standardisé des activités de la lutte contre les infections nosocomiales prévu par la réglementation.

## **2. Le correspondant local d'hémovigilance.**

### **A. Désignation**

Le correspondant local d'hémovigilance est désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement parmi les médecins de l'établissement.

Le nom du correspondant est communiqué par l'établissement à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé), au coordonnateur régional d'hémovigilance et à l'établissement de transfusion sanguine distributeur.

## B. Attributions

Il est chargé d'assurer :

- Le signalement de tout effet inattendu ou indésirable dû, ou susceptible d'être dû à l'administration d'un produit sanguin labile ;
- Le recueil et la conservation des informations prévues par la réglementation, pour chaque unité de produit sanguin labile qui est distribuée à l'établissement, en veillant à la qualité et à la fiabilité de ces informations ;
- La communication à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au coordonnateur régional d'hémovigilance des informations qu'ils sollicitent dans le cadre d'investigations ;
- La transmission à l'établissement de transfusion sanguine distributeur des informations prévues par la réglementation ;
- Le signalement à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au coordonnateur régional d'hémovigilance de toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle ;
- Les investigations à entreprendre en cas d'urgence sur des effets transfusionnels inattendus ou indésirables. Dans ce cas, il informe sans délai le coordonnateur régional, qui décide de la poursuite ou de l'interruption de ces investigations, et l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

### ***3. Le correspondant local de pharmacovigilance***

#### A. Désignation

Le correspondant local de pharmacovigilance pour les médicaments est désigné par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement.

Le nom du correspondant est communiqué par l'établissement à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé), au coordonnateur régional de pharmacovigilance.

#### B. Attributions

Il est chargé de :

- Mettre en place et gérer un service de pharmacovigilance chargé d'enregistrer, centraliser et évaluer les informations relatives aux effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament ou produit y compris lors d'un mésusage, d'un surdosage ou d'un abus de médicaments ;
- Veiller au respect des obligations réglementaires en matière de pharmacovigilance ;
- Garantir que toute demande en provenance de l'ANSM visant à obtenir des informations complémentaires nécessaires à l'exercice de la pharmacovigilance soit suivie d'une réponse aussi complète que possible dans les délais impartis par l'ANSM ;
- Disposer de toute autre information utile à l'exercice de la pharmacovigilance, notamment concernant la vente, la délivrance et les pratiques de consommation, de prescription et d'administration aux patients du médicament ou produit ;
- Assurer une évaluation continue des risques et des bénéfices de ses médicaments ou produits ;
- Communiquer à l'ANSM toute nouvelle information qui pourrait influencer l'évaluation des risques et des bénéfices de ses médicaments ou produits et proposer des mesures destinées à en améliorer la sécurité d'emploi ;
- Assurer la mise à jour régulière de l'information sur les médicaments ou produits au regard des données de pharmacovigilance recueillies et évaluées.

### ***4. Le correspondant local de matériovigilance***

#### A. Désignation

Le correspondant local de matériovigilance est désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement.

La désignation du correspondant est immédiatement portée à la connaissance du directeur général de à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé) par l'établissement.

#### B. Attributions

Le correspondant local de matériovigilance a pour mission :

- D'enregistrer, d'analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical ;
- D'informer si besoin l'établissement français des greffes ;
- De transmettre sans délai à l'ANSM toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès de lui au titre du signalement obligatoire prévu par la réglementation ;
- D'informer les fabricants concernés des incidents ou risques d'incident mentionnés ci-dessus ;
- De conduire les enquêtes et travaux relatifs à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux demandés par le directeur de à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé)

## **5. Le correspondant local de réactovigilance**

### **A. Désignation**

Le correspondant local de réactovigilance est désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement, parmi les médecins ou pharmaciens de l'établissement ayant une expérience en matière de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV).

Son identité et sa qualité sont communiquées par le directeur à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

### **B. Attributions**

Il est chargé :

- d'enregistrer et d'analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un DMDIV ;
- de déclarer sans délai au directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tout incident ou risque d'incident dont il a connaissance ;
- d'informer les fabricants, mandataires, importateurs ou distributeurs intéressés des incidents ou risques d'incidents mentionnés ci-dessus et d'en informer s'il y a lieu les responsables des autres vigilances des produits de santé dans l'établissement de santé ou de l'Etablissement français du sang ;
- de participer aux enquêtes, évaluations et expertises susceptibles d'être mises en œuvre sur les incidents ou risques d'incidents que peuvent présenter les DMDIV ;
- de donner des avis et conseils aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement pour les aider à procéder au signalement des incidents ;
- de sensibiliser l'ensemble des utilisateurs à la réactovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité et les performances des DMDIV.

## **6. Le correspondant local de biovigilance**

### **A. Désignation**

Le correspondant de biovigilance est désigné par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement. Son identité, sa qualité et son expérience sont communiquées par le directeur à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé)

### **B. Attributions**

Il est chargé de :

- recueillir l'ensemble des informations portées à sa connaissance et relatives aux incidents et effets indésirables ;
- déclarer tout incident à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;
- informer, dès lors qu'ils sont concernés, les autres correspondants locaux de biovigilance ainsi que les correspondants locaux des autres vigilances des produits de santé ;
- procéder aux investigations et examens appropriés ;
- signaler à l'ANSM toute difficulté rencontrée.

Il doit par ailleurs :

- s'assurer de la mise en place, par les services concernés, des circuits ou des procédures visant au recueil et à la conservation de tout document utile à la traçabilité des produits concernés, des résultats des analyses biologiques et des tests de dépistage ;
- collaborer, dans le cadre de ses missions, avec les équipes de prélèvement ou de greffe de l'établissement, ainsi qu'avec la structure de coordination hospitalière de prélèvement.

Le directeur général de l'ANSM peut demander au correspondant local de mener à bien toute investigation et toute étude relative à la biovigilance.

### CHAPITRE 1 : Les admissions

#### SECTION 1 : Dispositions générales

##### 1. Principes régissant l'accès aux soins

###### A. Droit à la prévention et aux soins<sup>25</sup>

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination. Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent pas aussi être réalisés 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 les conditions réglementairement prévues<sup>26</sup> par le médecin, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

###### B. Libre choix du malade<sup>27</sup>

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce libre choix, à exercer par le malade lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telle que l'organisation des soins ; il ne permet pas en outre au malade de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier.<sup>28</sup> Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la Sécurité Sociale.<sup>29</sup> Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation<sup>30</sup>

###### C. Accueil des malades<sup>31</sup> – Accès aux soins des personnes démunies<sup>32</sup>

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers préventifs, curatifs ou palliatifs. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Le personnel de l'hôpital 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. Le CHIVA a mis en place par ailleurs une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité.

##### 2. Tarifs des consultations et soins externes

Les consultations et soins externes s'adressent aux malades dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital sont affichés ; ils correspondent aux tarifs appliqués par les praticiens et auxiliaires médicaux libéraux conventionnés avec l'assurance maladie, sur la base des tarifs en vigueur<sup>33</sup>.

Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site.

<sup>25</sup> Articles L 1110-1, L 1110-3, L 1110-5 (loi n°2005-370 du 22.04.2005), L 1110-9 du CSP

<sup>26</sup> Cf. chap 2 : section 1, §1 et §4

<sup>27</sup> Articles L 1110-8 et R 1112-17 du CSP

<sup>28</sup> Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2.02.2005 relative à la laïcité

<sup>29</sup> Circulaire DSS/SDAS/2B n° 97-739 du 21.11.1997

<sup>30</sup> Article L 3211-1 du CSP

<sup>31</sup> Articles L 6112-2 et R 1112-40 du CSP

<sup>32</sup> Article L6112-6 du CSP

<sup>33</sup> Nomenclature Générales des Actes Professionnels (NGAP), Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NGABM), Classification Commune des actes médicaux (CCAM)

Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou le service social hospitalier peuvent intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes.

### **3. L'admission en hospitalisation**

#### **A. L'admission normale (à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation) <sup>34</sup>**

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

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

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 directeur de l'agence régionale de santé.

#### **B. L'admission en urgence <sup>35</sup>**

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toutes les mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

En particulier, si tous les incubateurs de l'établissement sont occupés, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence d'un prématuré au centre hospitalier universitaire de Toulouse.

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le médecin. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret d'hospitalisation.

#### **C. Les transferts de patients entre les sites du CHIVA et du CHPO**

Ces transferts peuvent avoir lieu à plusieurs occasions :

- A partir des urgences du CHPO, lorsque le patient nécessite des soins spécialisés qui ne peuvent être prodigués sur le site du CHPO en raison, notamment, de l'absence de spécialiste concerné ;
- A partir d'un service hospitalier du CHPO, lorsque le diagnostic amène à prescrire des soins spécialisés, une intervention lourde ou des investigations diagnostiques non réalisables sur le site du CHPO ;
- Lorsqu'à la suite d'une intervention en chirurgie ambulatoire, l'état de santé du patient ne permet pas d'envisager sa sortie, alors que l'unité d'accueil ambulatoire cesse son activité ;
- A partir du CHIVA, lorsqu'un patient doit intégrer le service de SSR du CHPO,

Lorsque la nécessité de transférer un patient entre l'un et l'autre site est constatée, la décision est prise :

- Après que le patient et sa famille aient reçu une information adaptée portant sur les nécessités de ce transfert, que le consentement à ce transfert ait été clairement exprimé, dans la mesure où le patient dispose toujours de ses facultés de compréhension. A défaut, la personne de confiance donne son accord.
- Après que le praticien ayant en charge le patient ait informé le responsable de l'UMA dans laquelle le transfert est envisagé et qu'il ait reçu l'accord formel de celui-ci pour recevoir le patient. Les deux cadres de santé, chacun pour leur part organisent le transfert.
- Le dossier médical suit le patient transféré.

Ces transferts sont considérés comme une priorité et ne peuvent être refusés par l'UMA d'accueil que pour des raisons sérieuses.

<sup>34</sup> Art L112-11 du CSP

<sup>35</sup> Art R112-13 et R112-14 du CSP

## D. L'admission en structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet

L'admission peut avoir lieu dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation à temps complet : en ambulatoire (hôpital de jour) et en hospitalisation à domicile. Ces structures ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

L'hospitalisation à domicile permet d'assurer au domicile du malade, en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes et leur caractère pluridisciplinaire.

Ce service dispose d'un règlement particulier annexé au présent règlement intérieur. Les modalités d'intervention du personnel médical et para-médical, l'organisation de la prise en charge et la continuité des soins y sont précisés.

## E. Admissions programmées

Lorsque l'admission programmée est proposée au patient sur avis du médecin chef de service, celui-ci est invité à se présenter au bureau des admissions où il se verra remettre un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces à présenter le jour de son admission.

### 4. L'accueil des patients

L'accueil des patients et des accompagnants doit être assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

Il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie.<sup>36</sup>

Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dès son arrivée au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, chaque hospitalisé reçoit un livret contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour.<sup>37</sup>

Afin d'assurer un maximum de sécurité aux patients tout au long de leur parcours de soins dans l'établissement, un bracelet d'identification plastifié sera placé au poignet à l'arrivée de l'hospitalisé, après qu'une information sur l'intérêt de cette démarche en terme de sécurité des soins. Le patient hospitalisé peut s'opposer au port de ce bracelet.

### 5. Les régimes d'hospitalisation

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège comporte deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier. Un patient peut être hospitalisé dans une chambre particulière, il en supporte alors la charge conformément aux textes en vigueur.

Lorsque l'état d'un patient requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais au tarif du régime commun.

Enfin, si le patient fait appel à un praticien autorisé à exercer en activité libérale, il est hospitalisé dans un lit de secteur public, mais les actes seront facturés sur la base de l'activité libérale.

### 6. Le choix d'une admission en secteur libéral et la tarification<sup>38</sup>

Dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers, il existe pour les patients la possibilité d'être pris en charge à leur demande par les médecins qui ont passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale. Ce choix doit être formulé par écrit dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le malade et le praticien.

Il est rappelé à cet effet que dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans les conditions définies par le code de la santé publique.

Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur à ceux effectués au titre de l'activité publique et la durée de l'activité libérale ne peut excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.

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 son hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il a été pris en charge préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

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

### 7. La prise en charge des frais d'hospitalisation

#### A. Tarifs des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation

<sup>36</sup> Art L162-21 du code de la sécurité sociale

<sup>37</sup> Art L1112-2 et R1112-41 du CSP (contenu du livret d'accueil modifié par l'arrêté du 18 avril 2008)

<sup>38</sup> Art R112-21 et R112-22 du CSP

dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence Régionale de Santé, commun à l'ensemble des sites hospitaliers du CHIVA, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur.<sup>39</sup>

## **B. Le forfait journalier<sup>40</sup>**

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du malade à ses frais de séjour qui est dû en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet. Le forfait journalier doit être réglé au bureau des admissions, le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

## **C. Paiement des frais de séjour et provisions<sup>41</sup>**

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable - sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée - d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour. Toujours, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les malades étrangers non résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine qui soit accepté par le CHIVA. Le non paiement des frais de séjour oblige la trésorerie du CHIVA à exercer des poursuites contre les malades, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

## **D. Cas particuliers**

Les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent et de leur mutuelle complémentaire éventuelle.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle doivent être munis de l'attestation C.M.U. Le service social de l'établissement sera proposé pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Le service social aide le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'état sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tous documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

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

## **E. Régime particulier**

Lorsqu'un malade opte pour le régime particulier, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant, après que l'intéressé ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de cette catégorie; l'engagement de payer les suppléments au prix de journée, qui doivent être précisément indiqués, doit être signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes prenant en charge les frais de soins.

## **F. Prestations fournies aux accompagnants**

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement. La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un malade en fin de vie.

## **SECTION 2 : L'admission, dispositions particulières**

### **1. Les femmes enceintes**

#### **A. L'admission en maternité<sup>42</sup>**

Le directeur de l'établissement ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention. Le directeur informe de cette admission le directeur de l'agence régionale de santé.

<sup>39</sup> Code de la Sécurité Sociale art L 174-3

<sup>40</sup> Code de la Sécurité Sociale : art L 1744

<sup>41</sup> Article R 6145-5

<sup>42</sup> Art R112-27 du CSP

## B. Le secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de sa grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de son admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par les dispositions du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune requête n'est entreprise.

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance. Les interruptions volontaires de grossesse.

## C. Les admissions pour interruption volontaires de grossesse

Des interruptions volontaires de grossesse peuvent être pratiquées au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse soit avant la fin de la quatorzième semaine d'aménorrhée.<sup>43</sup>

La femme enceinte qui estime être en situation de détresse peut demander une interruption de grossesse. Seule la femme peut en faire la demande. L'interruption de grossesse sans le consentement de la femme est punie par la loi.

La femme majeure peut demander auprès de l'établissement à bénéficier de l'aide médicale d'état (AME) qui garantit alors le respect de l'anonymat dans les procédures de prise en charge.

Pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée.

Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit en informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires. Cette information doit être aussi donnée en cas de manque de place.

Toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes ou soins préalables, de quelque manière que ce soit, se rend coupable d'un délit pénalement sanctionnable. Lorsque cette infraction est commise, le directeur du CHIVA est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.<sup>44</sup>

Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical dans les conditions légales et réglementaires.<sup>45</sup>

## 2. Les mineurs

### A. Garde et protection des mineurs

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, l'hôpital se trouve investi du droit de garde de l'enfant incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

### B. L'admission d'un mineur : Règles générales <sup>46</sup>

En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation des père et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire exerçant le droit de garde et le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit. Ces règles ne s'appliquent toutefois pas dans deux hypothèses :

- lorsque, alors qu'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.

<sup>43</sup> Art L2212-1 et suivants du CSP, L2213-1 et L2213-2, L2223-2, R2212-1 et suivants

Art L132-1 du code de la Sécurité Sociale, Circulaire DGS/DHOS/n°2001/467 du 28 septembre 2001

<sup>44</sup> Art L2223-2 du CSP

<sup>45</sup> Art L2213-2 du CSP

<sup>46</sup> Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 et circulaire n° 688 du 23 novembre 1998 (hospitalisation des enfants)

## C. Admissions de mineurs en situation particulières

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien. Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.<sup>47</sup>

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Lorsque des actes médicaux d'une particulière gravité sont envisagés, le consentement exprès des deux parents ou des détenteurs de l'autorité parentale ou du représentant légal est obligatoire.

Si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourraient en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

Lorsqu'à l'admission d'un enfant, un médecin découvre ou suspecte qu'il est victime de sévices, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités judiciaires ou administratives, que les personnes consentent ou refusent l'hospitalisation.

Si l'enfant est porteur de bijoux, d'objets de valeur et que la famille désire les lui voir conserver avec lui, une décharge devra être demandée à l'accompagnant en ce qui concerne la responsabilité de l'administration.

## D. Accompagnement des enfants en hospitalisation

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Les parents ou toute autre personne majeure qui s'occupe de l'enfant peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

### 3. Les majeurs légalement protégés<sup>48</sup>

Le majeur sous sauvegarde de justice bénéficie de la même capacité juridique que tout patient majeur et son admission, de même que son séjour et sa sortie, se déroulent donc dans les conditions de droit commun.

Le majeur sous curatelle a la possibilité de passer les actes de la vie courante et notamment de prendre les décisions relatives à sa santé. Il convient d'appliquer les dispositions de droit commun régissant la prise en charge de tout patient majeur.

Le majeur sous tutelle est représenté pour tous les actes par un représentant légal. Son admission, sauf en cas d'urgence, ne peut être prononcée qu'à la demande de son représentant légal.

### 4. Patients détenus et gardés à vue<sup>49</sup>

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, en application de la convention établie avec le ministère de la justice et de l'administration pénitentiaire, admis dans la chambre spécialement aménagée à cet effet où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie doit être assurée sans entraîner si possible de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades. Ils peuvent être également hospitalisés dans l'unité de réanimation.

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du ministre de la justice, prise en application du code de procédure pénale, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier, dans le secteur de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, si la surveillance ne gêne pas les autres malades.

Les personnes nécessitant une hospitalisation susceptible d'être supérieure à 48 heures ou nécessitant des examens ou soins auxquels le plateau technique du CHIVA ne peut répondre sont envoyées à l'Unité d'Hospitalisation de Soins Interrégional (UHSI).

<sup>47</sup> Article R 1112-34

<sup>48</sup> Art L111-2 du CSP

<sup>49</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 ; Articles R 6112-15, R 1112-30 et 31 ; Code de Procédure Pénale : articles D 365 et D 391 et suivants

Le port des contentions est laissé à l'appréciation de l'administration pénitentiaire et peut être discuté s'il s'oppose aux impératifs d'ordre sanitaire.<sup>50</sup>

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

Tout incident grave est signalé immédiatement aux autorités compétentes.

## **5. Les malades toxicomanes<sup>51</sup>**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un 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 traités 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 enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, ont lieu dans les conditions prévues par la réglementation<sup>52</sup>

## **6. Les militaires**

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés sont, hors les cas d'urgence admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire. L'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents est signalée à l'autorité militaire ou, à défaut à la gendarmerie.

## **7. Les étrangers**

Les étrangers sont admis au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège dans les mêmes conditions que les ressortissants français. Néanmoins, ils doivent justifier, au moment de leur admission, de la prise en charge des frais de séjour par un organisme de protection sociale ou acquitter provisoirement une caution ou une provision pour frais d'hospitalisation qui viendra en déduction de l'avis des sommes à payer<sup>53</sup>.

Hormis les cas d'urgence, les patients étrangers hors Communauté Européenne et notoirement sans ressources doivent avoir été orientés par les services de la permanence d'accès aux services de santé

---

<sup>50</sup> 803 du CPP

<sup>51</sup> Articles L 3411-1, L 3412-1 et suivants ; L 3413-1 et suivants ; L 3423-1 ; R 1112-38 et 39

<sup>52</sup> art L3413-1 à L3413-3 du CSP

<sup>53</sup> Art L121-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège s'applique à diffuser, à respecter et à faire respecter les droits des patients tels qu'ils sont reconnus dans le code de la santé publique et consignés dans la charte du patient hospitalisée, portée à la connaissance du patient par le livret d'accueil.

Les droits reconnus des usagers s'accompagnent de responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

### SECTION 1 : Le droit à l'information et le consentement aux soins

#### 1. L'information du patient, de la famille et du médecin traitant

##### A. L'information du patient sur son état de santé et le recueil du consentement

###### a) L'information du patient sur son état de santé : règles générales

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus<sup>54</sup>. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé. Cette preuve peut-être apportée par tout moyen.

Lorsque des risques jusqu'alors inconnus sont identifiés postérieurement aux actes réalisés, un nouvel entretien doit être organisé, éventuellement après la sortie du malade<sup>55</sup>. Le malade peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. En cas de risque pour la santé publique ou la santé d'une personne, et s'il apparaît que cette information n'a pas été réalisée, les pouvoirs publics peuvent mettre en demeure l'hôpital de la réaliser.<sup>56</sup>

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants droit si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix<sup>57</sup>.

###### b) Le recueil du consentement

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.<sup>58</sup>

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

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

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et

<sup>54</sup> Articles L 1111-2 et L1112- 4 du CSP

<sup>55</sup> Articles L 1111-2 et 4 du CSP

<sup>56</sup> Article L 1413-13 du CSP

<sup>57</sup> L.1111-2 du Code de la santé publique et de l'article 35 du code de déontologie médicale (article R. 4127-35 du Code de la santé publique)

<sup>58</sup> Article L 1111-4 du CSP

sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.<sup>59</sup>

### c) *L'information et le consentement pour les mineurs*

#### Les règles générales

- Ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui doivent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur. Ce dernier a également le droit d'être informé lui-même d'une façon adaptée à son degré de maturité.
- Le recueil de l'avis du titulaire de l'autorité parentale est nécessaire avant une décision médicale de limitation ou d'arrêt de traitement ; le médecin ne peut tenir compte « des directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.
- L'acceptation ou le refus des soins doit émaner de la personne ayant reçu l'information sur l'état de santé : D'au moins un parent pour la réalisation de soins bénins, des deux parents pour les soins lourds.
- En conséquence, l'acceptation ou le refus des soins doivent donc être exprimés par les titulaires de l'autorité parentale. Le consentement du mineur doit être toujours être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

#### Les dérogations

- Une personne mineure hospitalisée à sa demande qui s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale est la seule à pouvoir bénéficier du droit à l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition. L'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix. 60
- 
- Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Dans cette situation, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Le mineur se fait alors accompagner d'une personne majeure de son choix et doit mentionner par écrit son opposition ;
- 
- Dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse, pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée. Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix.
- Lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal du mineur de consentir aux soins ou par l'impossibilité matérielle de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins indispensables, en cas d'urgence.
- Toutefois, hors cas d'urgence et lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromise par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable de l'unité peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.
- Lorsqu'un mineur dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

### d) *Refus des soins*

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix

Lorsqu'un malade n'accepte pas les soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut-être prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au malade si possible. 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 ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut par des témoins (qui peuvent être des agents hospitaliers)<sup>61</sup>.

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement, (incluant l'alimentation artificielle) met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il informe s'il y a lieu la « personne de confiance » désignée, ou la famille ou un autre proche. Il peut être fait appel à un autre membre du corps médical. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable ; celle-ci est inscrite dans son dossier médical. En cas de refus persistant et en « situation extrême mettant en jeu le pronostic vital », le médecin prend

<sup>59</sup> Charte de la personne hospitalisée

<sup>60</sup> Cf : Titre II, Chapitre 2, section 2, § 2 : Les mineurs

<sup>61</sup> Article R 1112-43 du CSP

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 »<sup>62</sup>.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche<sup>63</sup>. Le refus d'hospitalisation en psychiatrie peut justifier une démarche d'hospitalisation sans consentement<sup>64</sup>. S'agissant d'un malade inconscient ou hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger peut être réalisé sous réserve d'avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et d'avoir consulté l'éventuelle personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne; la décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

#### **e) L'information et le consentement pour les majeurs incapables**

La personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille, s'il a été constitué, peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que, du fait de son comportement, l'intéressé ferait courir à lui-même. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

### **B. L'information de la famille et des proches du patient**

Dans chaque unité, 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 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.

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

### **C. L'information du médecin traitant ou désigné par le malade**

Le centre hospitalier informe par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure d'admission et du service concerné. Il l'invite en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le médecin responsable de l'unité ou le praticien responsable du patient communique au médecin désigné par le patient ou sa famille, et qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du malade.

Après la sortie, dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier médical du patient, 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.

Le médecin traitant est informé après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade. Cette information intervient le plus tôt possible et au plus tard dans un délai de huit jours maximum après la sortie du patient.

### **D. Utilisation du sang<sup>65</sup>**

#### **a) Transfusions sanguines**

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

---

62 Ordonnance CE 16/08/2002

63 Article R 1112-16 du CSP

64 Article L 3211-1 et suivants du CSP

65 Articles L 1211-1 et suivants ; L 1221-1 et suivants (Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique) ; R 1211-1 et suivants, D 1221-1 et suivants

## **b) Sécurité transfusionnelle**

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

## **2. La personne de confiance<sup>66</sup>**

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au malade majeur et non placé sous tutelle de désigner par écrit une personne de confiance.

Cette personne de confiance, qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, est consultée au cas où le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Si le malade le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Son rôle est renforcé pour les malades en fin de vie <sup>67</sup>: lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

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

## **3. Les directives anticipées<sup>68</sup>**

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ».

Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie, concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de son traitement ; elles sont révocables à tout moment.

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

## **4. Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie**

S'agissant d'un malade en fin de vie, lorsqu'il est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix ; la décision du malade est inscrite dans son dossier médical. <sup>69</sup> Lorsque le malade en fin de vie est inconscient, hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté l'éventuelle personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne ; sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.<sup>70</sup> Dans ces cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins palliatifs.

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un malade en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant. <sup>71</sup>

## **5. L'accès au dossier médical et administratif**

### **A. L'accès au dossier médical**

Selon les dispositions du code de la santé publique, l'accès au dossier médical est réservé :

---

<sup>66</sup> Article L 1111-6 du CSP

<sup>67</sup> Définition légale (Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005) : personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause

<sup>68</sup> Article L 1111-11 (loi n° 2005-370 du 22 avril 2005)

<sup>69</sup> Article L 1111-10 (loi précitée)

<sup>70</sup> Article L 1111-13 (loi précitée)

<sup>71</sup> Article L 1110-5 (loi précitée)

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

Ces personnes peuvent accéder aux informations médicales directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

La présence de la personne de confiance lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

La demande de communication du dossier médical s'effectue au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège auprès du directeur de l'établissement qui la communique au département d'information médicale.

Le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés par le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

## **B. Clichés d'imagerie médicale**

Ces clichés font partie réglementairement des éléments constitutifs du dossier médical (6). Dans le respect des dispositions précédentes il est délivré au malade qui en fait la demande, des reproductions des clichés essentiels figurant dans son dossier médical. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis au malade ou à son médecin traitant lorsque le malade le demande.

## **C. L'accès au dossier administratif**

Tout usager du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège peut demander à accéder à son dossier administratif en s'adressant directement auprès du responsable du bureau des entrées.

## **SECTION 2 : Le séjour à l'hôpital.**

### ***1. Les droits liés au séjour***

#### **A. Le droit au secret de l'hospitalisation**

Les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone, ou d'une autre manière, sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec mention relative à l'admission sous secret qui être signalée aux services concernés (unité d'hospitalisation, accueil, standard...).

#### **B. Le droit au respect et au repos**

Nul ne doit troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Si cette obligation n'est pas respectée, le directeur pourra, au titre de son pouvoir de police générale, prendre toute mesure utile pour faire cesser ce trouble.

Les malades peuvent demander au cadre de santé de l'unité d'empêcher les personnes qu'ils désigneront d'avoir accès à eux.

### ***2. La vie à l'hôpital***

#### **A. L'horaire des repas**

Les repas sont distribués au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège selon les horaires suivants :

- Le petit déjeuner est servi à partir de 7 H 45 ;
- Le déjeuner à partir de 12 H ;
- Le dîner à partir de 18 H 15, sauf pour le service de soins et de réadaptation où les repas sont servis à partir de 18h, pour des motifs d'accompagnement personnalisé des patients.

Les repas sont proposés en fonction de l'état de santé du patient. Ils sont confectionnés par le service restauration de l'hôpital, et répondent à un équilibre nutritionnel sur lequel veillent les diététiciennes.

Les proches des personnes hospitalisées peuvent se restaurer le midi, du lundi au vendredi, au self de l'établissement, après avoir acheté un ticket repas.

Le soir uniquement, ils peuvent prendre leur repas dans la chambre à condition d'en avoir fait la demande suffisamment tôt dans l'après-midi auprès du personnel.

Les patients hospitalisés ne peuvent accéder au self de l'établissement que si leur état de santé le permet, et en tenue civile.

## **B. Les effets personnels**

Les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- Leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir...)
- Leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles...)

Sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnel dont il doit assumer l'entretien.

Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'une fois le personnel informé.

## **C. Le déplacement dans l'hôpital des hospitalisés**

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans information d'un membre du personnel soignant.

Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

Pour tout déplacement hors de la chambre, un enfant doit être accompagné par un agent hospitalier. Pour les grands mineurs, une décharge parentale écrite doit être demandée pour autoriser les déplacements libres dans l'hôpital.

A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors service.

## **D. Les désordres causés par un malade**

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et biens qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions prévues par le règlement intérieur.

## **E. Les gratifications**

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

Dans le cas de gratifications, les malades doivent savoir qu'ils exposent le personnel à des sanctions disciplinaires en recourant à de telles pratiques.

Les patients ont la possibilité de faire un don à l'hôpital. Dans ce cas, ils doivent en manifester la volonté au directeur, qui est seul habilité pour accepter ou refuser ce don.

### ***3. Les services mis à la disposition des patients***

#### **A. Le courrier**

Le courrier est distribué tous les jours par le service du vaguemestre de l'établissement.

Si l'hospitalisé veut envoyer du courrier, une boîte aux lettres de la poste est située dans le hall central et dans le hall de la maternité. L'équipe de soins peut également faire partir le courrier par le secrétariat de l'unité.

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales.

#### **B. Le téléphone**

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone installé dans leur chambre ou la cabine téléphonique publique située dans le hall d'entrée.

La gestion du téléphone au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est concédée par une délégation de service public à la « Boutique – presse » situé dans la rue principale. L'ouverture d'une ligne téléphonique est réalisée par un système de pré-paiement. Pour réaliser cette ouverture, l'hospitalisé ou l'accompagnant doit se présenter à la boutique.

Si l'hospitalisé ne peut pas se déplacer, il peut téléphoner à la boutique. Dans ce cas, une employée se déplacera et encaissera le coût du branchement.

#### **C. La télévision et la presse**

La presse est disponible dans la « Boutique- presse » située dans le hall.

Le service de location de télévision est géré par la boutique –presse, selon un système de pré-paiement.

Pour l'obtenir, l'hospitalisé ou son accompagnant doit se déplacer à la boutique ou appeler. En dehors des heures d'ouverture de la boutique, une borne monétique donne accès à la télévision pour 24 h maximum.

#### **D. Le service social**

Le service social du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège a pour mission de faciliter sous tous les aspects la vie des patients à l'hôpital, rechercher et proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

A la disposition des malades, des familles et des proches, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques œuvrant au fonctionnement des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens lorsqu'elles s'avèrent nécessaires notamment pour les mineurs et les majeurs vulnérables.

Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des malades.

## **E. Le culte**

La liberté de culte est garantie aux patients hospitalisés

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres des unités. Leurs coordonnées peuvent être communiquées aux patients par l'intermédiaire du cadre infirmier de l'unité. Un lieu de recueillement est prévu dans l'établissement.

### SECTION 1 : Les conditions de sortie

#### 1. L'autorisation de sortie

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

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin responsable de l'unité, par le directeur.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

#### 2. Les formalités de sortie

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de l'unité<sup>72</sup>. Le directeur ou son délégué signe la formule d'exeat sur la fiche individuelle du malade.

Toutes les dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l'hospitalisé dans un établissement dispensant des soins de suite ou de réadaptation ou des soins de longue durée adapté à son cas.

Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.<sup>73</sup>

Lors de sa sortie, le malade ou son accompagnant doit impérativement se rendre au bureau des entrées pour régulariser son dossier. Sa caution lui sera rendue ou un complément de provision demandé si la facturation n'est que provisoire. Si elle est définitive, un paiement sera exigé.

Le bulletin de sortie délivré au malade ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

#### 3. La restitution des objets

Tous les objets abandonnés par la personne admise, à sa sortie, sont déposés s'il n'avait pas été procédé à leur dépôt auparavant et sauf instructions contraires de sa part. Ces objets sont également déposés en cas de décès. La personne admise, son représentant légal, sa famille ou ses proches en sont avisés.

Dans le cas où la personne a décidé de conserver auprès d'elle durant le séjour, un ou plusieurs objets susceptibles d'être déposés, les objets sont remis au dépositaire, et mention en est faite sur le registre spécial.

Lors de sa sortie définitive de l'établissement, le déposant est invité à retirer les objets déposés, au vu de l'inventaire remis par l'unité de soins, soit auprès du bureau des admissions, soit auprès de la perception si ces objets ont dû y être reversés, compte tenu de leur valeur ou de la durée d'hospitalisation du patient.

Mention de la remise est portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale. Un avis de la remise est adressé au déposant, à son représentant légal, à sa famille ou à ses proches.

La remise, au percepteur, des autres biens mobiliers non réclamés est constatée par procès-verbal établi par l'établissement

Les objets oubliés ou abandonnés par le patient à sa sortie font l'objet d'une procédure de dépôt auprès du régisseur de l'établissement, sauf instructions expresses et écrites du patient.<sup>74</sup>

### SECTION 2 : Les modalités particulières de sortie

#### 1. La sortie des mineurs<sup>75</sup>

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées

<sup>72</sup> Art R 112-58 du CSP

<sup>73</sup> Art R1112-59 à 61 du CSP

<sup>74</sup> Ordonnance n° 2010-420 du 27 avril 2010 - portant adaptation de dispositions résultant de la fusion de la direction générale des impôts et de la direction générale de la comptabilité publique

<sup>75</sup> Art R 1112-64 du CSP

par elles.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur. Elles font connaître au service concerné si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Lorsque le patient mineur a été hospitalisé sans que, à sa demande confirmée, le ou les détenteurs de l'autorité parentale n'aient été prévenus, il est confié à sa sortie à la personne majeure qu'il a choisie pour l'accompagner.

## **2. La sortie des nouveau-nés<sup>76</sup>**

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale, ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère ou le représentant de l'autorité parentale.

## **3. La sortie contre avis médical<sup>77</sup>**

Sauf cas particuliers, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Toutefois, si de l'avis du médecin responsable du patient, elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du malade est assimilée à un refus de soins.

Il est alors demandé au malade de signer une décharge consignnant sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi.

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 patient saisit le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire.

Le médecin responsable du patient informe le médecin traitant le plus rapidement possible de la sortie prématurée du malade.

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

## **4. La sortie disciplinaire<sup>78</sup>**

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

## **5. L'aggravation de l'état de santé et fin de vie**

Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et que sa mort devient certaine, il peut être, sauf en cas de contre-indications médicales, transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Les proches d'un hospitalisé en fin de vie 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.

## **6. La sortie à l'insu du service**

Dans ce cas, le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège fait diligenter des recherches à l'intérieur de l'enceinte hospitalière. Si ces recherches s'avèrent vaines, il se devra d'avertir les proches du patient afin de s'assurer que celui-ci n'a pas regagné son domicile. Le directeur ou son représentant informe la gendarmerie si la situation l'exige sur le plan médical ou légal, afin que des recherches soient organisées à l'extérieur de l'établissement.

Lorsque le patient est un mineur s'étant opposé à l'information de sa famille sur son hospitalisation et ayant refusé les soins malgré son accompagnement par la personne de son choix, la direction prévient uniquement la gendarmerie.

Un courrier est adressé au malade si possible à son domicile dans les plus brefs délais pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer l'unité d'hospitalisation ou se faire soigner. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient.

## **7. Déclaration de naissance - cas général<sup>79</sup>**

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée auprès du Service de l'Etat civil dans les trois jours suivant l'accouchement. Le père est invité à effectuer cette déclaration en s'engageant par écrit à accomplir cette formalité dans le délai légal. En l'absence d'engagement du père, un document déclaratif est établi à cet effet sous la responsabilité de l'administration, suivant les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un membre du personnel hospitalier à la mairie dont relève l'établissement. Un double de la déclaration de naissance est conservé dans une enveloppe, classée au niveau de la maternité.

---

<sup>76</sup> Art R 1112-65 du CSP

<sup>77</sup> Art R1112-62 du CSP ; art 223-6 du code pénal

<sup>78</sup> Art R1112-49 du CSP

<sup>79</sup> Art 55 et 56 du code civil

## ***8. Les transferts***

Sauf en cas d'urgence, le malade et sa famille doivent être informés en temps utiles de son transfert dans un autre établissement ou service.

## ***9. Le transport en ambulance***

Si, lors de sa sortie, son état nécessite un transport, que ce soit en véhicule sanitaire ou non, le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. Les services tiennent à la disposition des hospitalisés la liste complète des ambulances agréées du département.<sup>80</sup>

Les frais occasionnés sont à la charge des malades

## ***10. Le questionnaire de sortie***

Tout hospitalisé reçoit avec le livret d'accueil de l'établissement un questionnaire de sortie anonyme, destiné à recueillir ses appréciations et ses observations.

Les questionnaires remplis sont retournés à la direction afin d'être analysés.

Le directeur communique périodiquement au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement, au comité technique d'établissement et à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, les résultats de l'exploitation de ces documents<sup>81</sup>

## ***11. Le registre des appréciations et des remarques***

Il est mis à disposition un registre (aux urgences, à l'accueil, au pôle femme- mère- enfant) sur lequel le patient, la famille, les visiteurs peuvent formuler leurs appréciations et remarques sur l'accueil et la prise en charge à l'hôpital.

## ***12. Les enquêtes***

Plusieurs fois par an, des enquêtes sont adressées par voie postale à un échantillon de patients, ainsi qu'à leurs médecins traitants pour évaluer la qualité du service rendu à l'hôpital.

---

<sup>80</sup> Art R1112-66 du CSP

<sup>81</sup> Art R1112-67 du CSP

### SECTION 1 : Les formalités accompagnant le décès d'une personne hospitalisée

#### 1. Attitude à l'approche du décès<sup>82</sup>

Lorsque l'état du malade s'est aggravé et qu'il est en fin de vie, la famille ou les proches du malade sont prévenus sans délai, et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de son état. Le malade est alors transporté dans une chambre individuelle du service avec toute la discrétion souhaitable. Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir<sup>83</sup>. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation ; en revanche, les repas fournis sont à la charge des bénéficiaires.

Le décès est constaté par un médecin. Celui-ci établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées.

Les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible au bureau des entrées. Copie en est transmise dans les vingt-quatre heures au bureau d'état civil de la mairie.<sup>84</sup>

Le corps de la personne dont le décès a été constaté doit être muni sans délai, par un agent de l'établissement, d'un bracelet plastifié et inamovible d'un modèle agréé, comportant les noms, prénoms et date de décès ou, à défaut, tous éléments permettant l'identification du défunt.

#### 2. La notification du décès

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci<sup>85</sup>.

La notification du décès est faite pour :

- Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche.
- Les militaires, à l'autorité militaire compétente.
- Les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil général.
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.
- Pour les personnes non identifiées, aux services de police.

#### 3. La déclaration d'enfant sans vie

La déclaration « d'enfant sans vie » doit être faite auprès de l'état civil lorsqu'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

#### 4. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale<sup>86</sup>

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès ; l'officier d'état civil établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants. A défaut du certificat médical prévu à l'alinéa précédent, une déclaration d'« enfant sans vie » est établie, avec inscription sur le registre des décès du site hospitalier,<sup>87</sup> et un acte correspondant est dressé par l'officier d'Etat Civil. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question.

<sup>82</sup> Article R 1112-68 du CSP

<sup>83</sup> Article R 1112-63 du CSP

<sup>84</sup> Article R 1112-71 du CSP

<sup>85</sup> Article R 1112-69 du CSP

<sup>86</sup> Code civil : article 79-1 ; Loi 93-22 du 08/01/1993 ; circulaire DGS n° 50 du 22/07/1993 ; circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30/11/2001, Arrêt n° 128 du 6 février 2008 Cour de cassation - Première chambre civile

<sup>87</sup> Art R112-72 du CSP

## **5. L'indice de mort violente ou suspecte (mort avec obstacles médico-légaux)<sup>88</sup>**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin responsable de l'unité, en avise l'autorité judiciaire.

## **6. La toilette mortuaire et inventaire après décès (hormis les décès avec obstacles médico-légaux à l'inhumation)**

Lorsque le décès est médicalement constaté, l'équipe soignante procède à la toilette mortuaire et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions requises (pudeur, respect, application dans les gestes), puis dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc... qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence de deux agents qui remplissent et signent le formulaire prévu à cet effet et gèrent chaque bien selon sa nature, conformément à la procédure en place dans l'établissement. Le personnel de soin vérifie que le défunt est bien muni d'un bracelet d'identification. Le cas échéant, il en place un.

## **7. Les soins de conservation<sup>89</sup>**

Il ne peut être procédé à une opération tendant à la conservation du corps d'une personne décédée, sans qu'une déclaration écrite préalable n'ait été effectuée, par tout moyen, auprès du maire de la commune où sont pratiqués les soins de conservation.

L'opération tendant à la conservation du corps d'une personne décédée est subordonnée à la détention des documents suivants :

- L'expression écrite des dernières volontés de la personne décédée ou une demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
- Le certificat de décès, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles.

Un flacon scellé, qui renferme au moins cinquante millilitres du liquide utilisé et porte toutes indications permettant son identification, est fixé sur le corps de la personne qui a subi les soins de conservation, de préférence à la cheville.

## **8. La dévolution des biens des hospitalisés décédés**

Les vêtements et objets courants divers, enveloppés dans des sacs prévus à cet effet, sont remis à l'entourage du défunt.

Aucun des objets de valeur ou document ayant appartenu au patient ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du malade ou à son entourage. Ces articles font l'objet d'un dépôt d'office auprès du régisseur du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège et sont traités selon les modalités définies ci-après au chap 5 du titre 2.

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, 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 objets et effets.

## **9. La présentation du corps<sup>90</sup>**

Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit transféré à la chambre mortuaire de l'établissement. Ce dépôt ne peut être différé d'un délai supérieur à dix heures à compter du décès.

Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt, et sauf si une sortie sans mise en bière est demandée et organisée, le corps est déposé à la chambre mortuaire. L'entourage peut demander la présentation du corps pendant les heures d'ouverture de la chambre mortuaire, dans une pièce spécialement aménagée à cet effet, tous les jours, y compris les week-ends et jours fériés, de 9h15 à 17h.

Si le décès pose un problème médico-légal, le corps ne peut être rendu à la famille qu'avec l'accord du Parquet.

## **10. Le certificat après décès**

Pour préserver l'intérêt des ayants droit des malades décédés à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, ou lorsque le malade était titulaire d'une pension militaire pour une infirmité susceptible d'avoir un lien avec le décès, le médecin peut délivrer le certificat indiquant la cause ou les circonstances du décès.

Par ailleurs, pour l'exécution des contrats d'assurance vie, le médecin est autorisé à délivrer le certificat de décès qui peut lui être demandé par les ayants droit de la personne hospitalisée et décédée, en se limitant à préciser, s'il en a la preuve, que la mort est "étrangère aux risques exclus par le contrat" ou que la mort a été "naturelle".

---

<sup>88</sup> Art R1112-73 du CSP

<sup>89</sup> R. 2213-2-2 du code général des collectivités territoriales

<sup>90</sup> CGCT : art L2223-39, R2223-89, R2223-97

### 1. Le transport de corps sans mise en bière

#### A. Transport à résidence

Le transport sans mise en bière du corps d'une personne décédée, du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège à la résidence d'un défunt ou d'un membre de la famille<sup>92</sup> est possible, mais subordonné aux conditions suivantes :

- Accord médical du médecin responsable de l'unité ou de son représentant ;
- Certificat de décès dûment complété ;
- Formulaires de reconnaissance de corps et de demande de transfert sans mise en bière préalable dûment complétés et signés par toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et domicile ;
- Accord écrit du directeur ou de son représentant<sup>93</sup> ;
- Déclaration établie auprès du maire de la commune du lieu de dépôt de corps ;

Les différentes opérations liées au décès doivent être réalisées entre 10 heures et 17 heures. Toutefois, la réalisation d'opérations dès 9h 15 est possible lorsque des raisons tenant à l'intérêt des familles ou aux horaires de sépulture le justifient.

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 qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate ;
- 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 déclaration de transport est adressé sans délai par le transporteur au maire de cette dernière commune et à Paris au préfet de police.

La famille choisit librement la société qu'elle charge du transport du corps sans mise en bière. Les transports de résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet.

Lorsque le corps n'a pas subi de soins conservatoires, les opérations de transport sont achevées dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès. Lorsque le corps a subi des soins, ce délai est porté à 6 jours

#### B. Le transfert en chambre funéraire

L'admission en chambre funéraire intervient dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès, quarante-huit heures si le corps a subi des soins de conservation. Elle a lieu sur la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile.

Cette demande doit être accompagnée d'un extrait du certificat attestant que le décès n'a pas été causé par l'une des maladies contagieuses qui obligent une mise en bière immédiate.

Si le corps doit être transporté vers une chambre funéraire située hors de la commune, la personne ayant demandé l'admission en chambre funéraire doit solliciter une autorisation préalable de transport auprès du maire.

### 2. Le transport du corps après mise en bière<sup>94</sup>

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mise en bière. La fermeture du cercueil doit être autorisée par l'officier d'état civil du lieu de décès ou son représentant qui se déplace pour poser les scellés réglementaires avant la fermeture de la bière. L'autorisation ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat médical attestant du décès et du fait que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.<sup>95</sup>

Le transport de corps doit être déclaré par le transporteur à la mairie. Une autorisation du préfet est requise pour les transports de corps hors du territoire métropolitain.

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréés, que la famille choisit librement.<sup>96</sup>

<sup>91</sup> Décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires

<sup>92</sup> CGCT R.2213-7 à 12

<sup>93</sup> CGCT R.2213-46

<sup>94</sup> Code Général des Collectivités Territoriales : art R2213-33,

<sup>95</sup> CGCT : articles R 2213-15 à 2213-27

<sup>96</sup> Circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30/11/2001

### **3. Le don de corps à la science**

En cas de don de corps d'une personne décédée au sein de l'établissement, les formalités suivantes doivent être respectées :

Une demande écrite, datée et signée de la main du donneur de son vivant;

Demande adressée à l'établissement légataire qui délivre à l'intéressé une carte de donneur, et qui, par ce fait s'engage à accepter le corps ;

Certificat médical attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et n'est pas causé par l'une des maladies contagieuses ;

Un délai maximum de 48 heures après le décès.

Pour le transport du corps proprement dit, les dispositions du transport de corps sans mise en bière s'appliquent.

C'est l'établissement légataire choisi par la personne décédée qui prend en charge les frais de transport de corps.

### **4. Le prélèvement d'organes et de tissus<sup>97</sup>**

Un prélèvement d'organes ou de tissus dans un but scientifique ou thérapeutique ne peut être pratiqué sur un malade décédé que dans le cas où celui-ci n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement.<sup>98</sup>

Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet pour les majeurs et les mineurs de plus de treize ans. Il est révocable à tout moment.

Si l'équipe du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège chargée du prélèvement d'organes n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, elle doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et elle les informe de la finalité des prélèvements envisagés.

Les proches sont informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués.

L'Agence de la biomédecine est avisée, préalablement à sa réalisation, de tout prélèvement à fins thérapeutiques ou à fins scientifiques.

Si la personne décédée était un mineur ou un majeur sous tutelle le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'unités fonctionnelles différentes.

Les médecins ayant procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur une personne décédée sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps. Ils établissent un compte-rendu détaillé de leur intervention et de leur constatation sur l'état du corps et des organes prélevés.

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège collabore étroitement avec le centre hospitalier universitaire de Toulouse pour ce qui concerne les prélèvements d'organes et de tissus.

### **5. Les examens médico-légaux post mortem**

Des examens médico-légaux post mortem peuvent être opérés sur réquisition de l'autorité judiciaire. Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège met à disposition le personnel médical et non médical nécessaires ainsi qu'une salle située au dépôt mortuaire du lundi au vendredi de 9h à 17h.

### **6. La prise en charge des frais d'inhumation et d'obsèques**

Les frais d'inhumation et d'obsèques sont pris en charge, dans les conditions déterminées par les lois et règlements en vigueur, en fonction du statut reconnu de son vivant au patient défunt, soit par la succession, soit par les services d'aide sociale, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par la commune ou l'Etat, soit en dernier ressort par le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Lorsque dans un délai de dix jours maximum la famille ou les proches n'ont pas réclamé le corps, l'établissement dispose de deux jours francs pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci. En l'absence de ressources suffisantes il est fait application des dispositions de l'article L. 2223-27 du code général des collectivités territoriales. Ainsi, l'inhumation de la personne décédée a lieu au cimetière de la commune du lieu de décès et aux frais de cette commune.<sup>99</sup>

S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente.

---

<sup>97</sup> Articles L 1211-1 et suivants (Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique), R 1211-1 et suivants

<sup>98</sup> Articles L 1232-1 et suivants (loi précitée), R1232-1 et suivants

<sup>99</sup> Article R 1112-75 du CSP

Ne sont concernés par le dépôt de leurs valeurs personnelles, biens ou effets personnels que les patients amenés à séjourner ou à être hébergés au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège. Les règles qui suivent ne s'appliquent donc en aucun cas aux patients venant pour une consultation externe.

### 1. Définitions et régimes juridiques de responsabilité

A - Toute personne admise au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt de ses valeurs personnelles.

La notion de « valeurs personnelles » est fixée par voie de circulaire interministérielle<sup>100</sup> et d'instruction<sup>101</sup>. Cette liste est limitative : on entend ainsi toutes valeurs de petites dimensions (alliance, bague, bracelet, stylo de valeur) et tous moyens de paiement (chéquier, carte de paiement), l'argent liquide, les bons du Trésor.

Pour ces objets, en cas de perte ou de détérioration, la responsabilité de l'établissement est engagée sans qu'il soit besoin pour le patient de prouver une quelconque faute.

Dans l'hypothèse où un patient souhaiterait conserver avec lui tout ou partie de ses valeurs personnelles, il doit signer une décharge vis-à-vis du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège. Il reconnaît ainsi assumer seul l'entière responsabilité de la garde et de la conservation de ces valeurs.

B - Les biens et effets personnels qui ne sont pas classifiables en « valeurs personnelles » - et ce, quelle qu'en soit la valeur intrinsèque ou marchande - ne peuvent faire l'objet d'un dépôt et restent sous la garde exclusive de leur propriétaire. Il peut s'agir de vêtements, d'affaires de toilette, de clefs, comme de matériels high tech type ordinateurs, tablettes numériques, lecteurs MP3, téléphones portables, téléphones fax, etc.

Le régime juridique de responsabilité qui s'applique est alors celui du droit commun : la responsabilité du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège ne pourra être engagée que pour faute établie à son encontre ou à l'encontre des personnes dont il doit répondre.

Cette règle ne s'applique pas aux patients admis alors qu'ils étaient hors d'état de manifester leur volonté ou dans un état nécessitant de recevoir des soins d'urgence. Dans ce cas, les biens et effets personnels se voient appliquer le traitement réservé aux valeurs personnelles et sont couverts par le régime de responsabilité sans faute décrit supra (cf §1 - 1 « valeurs personnelles »). Ces patients sont cependant incités à procéder au retrait de ces biens et effets personnels dès que leur état le leur permet.

C - Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège ne saurait être tenu pour responsable de la perte ou de la détérioration d'une valeur, d'un bien ou d'un effet personnel d'un patient résultant 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. <sup>102</sup>

D - De même, le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège ne saurait être tenu responsable des dommages aux valeurs, biens ou effets personnels rendus nécessaires par l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

E - Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège n'est pas responsable du vol ou de la dégradation du véhicule d'un patient hospitalisé.

### 2. Information du patient (ou de son représentant légal)

Lorsqu'une hospitalisation est prévue, le patient est invité, lors de sa convocation, à ne se munir que des valeurs, biens et effets personnels indispensables à son séjour.

Tout patient admis au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, ou son représentant légal, reçoit une information orale et écrite sur les conditions et modalités de dépôt de ses valeurs personnelles ainsi que sur la responsabilité qui reste la sienne vis-à-vis de ses biens et effets personnels ou valeurs personnelles non déposées.

Il reçoit également une information sur le sort de ses valeurs, biens et effets personnels, pour le cas où il viendrait à décéder lors de son séjour au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

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. Dans ce cas précis, le dépôt ne peut être rendu que par le Trésorier.<sup>103</sup>

En cas de décès d'un patient lors de son séjour, cette information est également délivrée à ses héritiers, s'ils sont connus. La personne admise ou son représentant légal, certifie avoir reçu l'information. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement.

<sup>100</sup> CIM du 27 mai 1994

<sup>101</sup> INS n°94-078 du 16 juin 1994

<sup>102</sup> Art L1113-1 à L 1113-10 du CSP

<sup>103</sup> Art L1113-1 à L111-4 du CSP

### **3. Modalités du dépôt**

Le dépôt résulte d'un acte volontaire, mais peut dans certains cas avoir lieu d'office.

#### **A. Cas des personnes conscientes, dont l'état ne nécessite pas de soins urgents :**

Toute personne admise au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des valeurs personnelles dont la nature justifie la détention en séjour hospitalier.

Ce dépôt est effectué auprès du régisseur de la régie des dépôts, après inventaire contradictoire.

Un patient peut s'opposer à la réalisation de l'inventaire. Le constat de refus est alors dressé par deux témoins, qui peuvent être des membres du personnel. De même, le patient peut exiger de conserver avec lui une partie de ses valeurs personnelles ; en ce cas il le signale dans l'inventaire et signe une décharge exonérant le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège de toute responsabilité vis-à-vis de ces valeurs, sauf responsabilité de droit commun.

Le régisseur remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés. Le reçu ou un exemplaire du reçu est versé au dossier administratif du patient.

Le régisseur des dépôts tient un registre spécial, coté. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure, avec mention le cas échéant, des objets conservés par le déposant contre décharge.

#### **B. Cas des personnes hors d'état de manifester leur volonté ou nécessitant des soins urgents :**

Un inventaire de tous les objets que la personne admise détient sur elle est aussitôt dressé par l'une des personnes désignées à cet effet par le directeur du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège et l'accompagnant, ou à défaut un autre agent ou préposé de l'établissement.

Les objets et l'inventaire sont remis au régisseur qui procède à l'inscription du dépôt sur le registre spécial et joint au dossier administratif du patient un exemplaire de l'inventaire.

Dès que son état le permet, le patient reçoit l'information relative aux conditions et modalités de dépôt ou de détention d'objets et de valeurs au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, et se voit remettre l'inventaire qui a été fait de ses objets personnels ainsi que le reçu du dépôt. Il est incité à procéder sans délai au retrait des objets ne pouvant rester en dépôt à raison de leur nature.

La liste des valeurs maintenues en dépôt, dressée après un inventaire contradictoire, est inscrite au registre spécial.

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège prend, si nécessaire, toute mesure propre à assurer le retour des objets qui ne peuvent être maintenus en dépôt, au lieu désigné par le patient, à ses frais, lorsqu'il ne peut lui-même y procéder ou y faire procéder.

#### **C. Décès du patient durant son hospitalisation :**

Ses biens et effets personnels, ainsi que les valeurs qu'il aurait éventuellement conservées avec lui font l'objet d'un inventaire puis d'un dépôt auprès du régisseur selon les modalités définies au 2.

Le régisseur des dépôts est tenu de reverser au comptable public de l'établissement l'intégralité des valeurs personnelles déposées, dès qu'il a connaissance du décès.

Si le patient décède sans famille ni proches, le directeur du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège peut être amené à prendre toutes mesures conservatoires ou de signalement qu'il juge utiles pour la conservation des biens inventoriés et des droits ou obligations en découlant.

Les biens et effets personnels sont conservés par le régisseur des dépôts jusqu'à désignation des héritiers ou d'un mandataire successoral, sur justification de leurs droits ou pouvoirs.

### **4. Retrait des dépôts**

Lors de sa sortie définitive du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, le déposant (ou son représentant légal) se voit remettre au plus tard lors des formalités de sortie, un document l'invitant à procéder au retrait des objets déposés.

Pour les valeurs personnelles, le lieu physique de ce retrait peut être la régie de l'établissement ou la trésorerie de Foix-ville, selon que le régisseur les a conservées ou reversées, en application des règlements en vigueur.

Le retrait des objets par le déposant, ses héritiers, son représentant légal ou toute personne dûment mandatée à cet effet, s'effectue contre signature d'une décharge. Mention de ce retrait est portée sur le registre spécial précité, en marge de l'inscription de dépôt.

### **5. Sort des objets abandonnés ou non réclamés**

Tous les objets abandonnés par le patient à sa sortie font l'objet d'un dépôt, sauf à avoir déjà été déposés ou sauf instructions contraires écrites de sa part.

Les objets non réclamés sont remis un an après la sortie (ou le décès<sup>104</sup>) du patient à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de « valeurs » ou au Service des domaines, pour les autres biens mobiliers.

Dans le premier cas, un reçu est remis à l'établissement et le régisseur porte mention de la remise sur le registre spécial. Le patient ou son représentant légal en est avisé (sa famille ou ses proches s'il est décédé).

Dans le second cas, un procès-verbal de remise est établi, qui désigne les objets et leur donne une valeur indicative, lorsque cela est possible. Le régisseur adresse, par lettre recommandée avec avis de réception, ce procès-verbal au

<sup>104</sup> Ces formalités sont accomplies par le dépositaire du moment (régisseur ou comptable public selon la nature des objets considérés)

directeur des services fiscaux territorialement compétent qui dispose de trois mois pour accepter en tout ou partie la remise des objets. Mention de la remise ou du refus est portée au dossier administratif du patient et inscrite en mention marginale au registre spécial.

En cas de refus, ces biens mobiliers deviennent la propriété de l'établissement détenteur<sup>105</sup>.

Ces dispositions sont portées à la connaissance du déposant (ou de son représentant légal) au tard le jour de sa sortie du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, ou s'il est décédé, à sa famille ou à ses proches, au moins six mois avant la date de cette remise.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public cinq ans après la vente faite par le service des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu lieu entre temps de réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers.

Dans l'hypothèse où le défunt aurait été en possession au moment de son décès d'actes sous-seing privé constatant des créances ou des dettes, ces actes sont conservés pendant cinq ans avant de pouvoir être détruits.

## ***6. Cas particulier des personnes décédées et ayant été traitées gratuitement par un établissement de santé public***

Aux termes de la loi, les effets mobiliers apportés par les personnes décédées<sup>106</sup> dans les établissements publics de santé après y avoir été traitées gratuitement, appartiennent auxdits établissements à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence<sup>107</sup>.

Les héritiers et légataires des patients dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans les établissements publics par ces mêmes patients ; en cas de déshérence, ces effets appartiennent aux établissements publics de santé.

---

<sup>105</sup> Art L 1113-7 du CSP

<sup>106</sup> Sauf s'il s'agit de militaires

<sup>107</sup> Art L6145-12 du CSP

## **TITRE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AU FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT.**

### **CHAPITRE 1 : Les règles de vie collective**

#### **SECTION 1 : La tenue des patients et des visiteurs**

Les patients et les visiteurs doivent s'exprimer avec modération et politesse afin de respecter la tranquillité de l'établissement et la sérénité du personnel dans l'exercice de ses fonctions. Ils ne doivent commettre aucune agression physique ou verbale à l'encontre du personnel, ou des autres usagers de l'établissement.

Toute personne qui crée un trouble au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est invitée à mettre un terme à ce trouble. Si elle persiste, il peut lui être ordonné de quitter l'établissement. Si nécessaire, elle peut être accompagnée à la sortie du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège. En cas de refus, il pourra être fait appel à la force publique.

#### **SECTION 2 : Le respect des règles d'hygiène**

#### **SECTION 3 : L'interdiction des animaux domestiques**

Les animaux domestiques ne sont pas admis dans l'enceinte et dans les locaux du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître, lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans le hall d'accueil.

#### **SECTION 4 : L'interdiction de fumer**

Conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux et dans les zones d'accès du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, ainsi que dans les bureaux individuels et les chambres de malades.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résidant ou visiteur, s'expose à des sanctions en cas de manquement à cette interdiction.

A titre exceptionnel et au regard des pathologies prises en charge, l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients si la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures. Cette dérogation doit faire l'objet d'une décision médicale du médecin en charge du patient. Le malade pourra être autorisé à fumer dans sa chambre, dès lors qu'il dispose d'une chambre individuelle et à la condition qu'il ne fume pas dans son lit, et sous réserve des règles de sécurité incendie.

En aucun cas, cette dérogation ne peut être envisagée de façon collective pour un groupe ou une catégorie de malade.

#### **SECTION 5 : Les téléphones portables**

Les téléphones mobiles cellulaires doivent être maintenus en position d'arrêt près des appareils médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques.

#### **SECTION 6 : Les objets et produits interdits**

L'introduction d'armes, d'objets dangereux ou de produits stupéfiants dans l'enceinte du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou des produits en cause le temps de séjour hospitalier, et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

#### **SECTION 7 : Le respect de la neutralité du service public**

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans l'ensemble des locaux du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Les signes d'appartenance religieuse, qu'elle qu'en soit la nature, ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital -qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement- par les malades, leur famille, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, de manière générale l'ordre et le fonctionnement normal du service public

Les réunions publiques, de quelque nature que ce soit, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du directeur.

## SECTION 8 : L'exercice du droit de visite

### 1. Les conditions d'exercice

Les patients peuvent demander au cadre soignant ou aux infirmiers de l'unité de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du responsable de l'unité.

La visite de jeunes enfants peut être déconseillée dans certaines circonstances ou dans certaines unités après l'avis du médecin responsable de l'unité.

L'accès à l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite.

La direction doit être immédiatement avisée de la présence de personnes étrangères à l'unité, autres que les patients ou leurs proches et les membres du personnel.

### 2. Les horaires de visite

Les visites aux patients hospitalisés sont autorisées tous les jours entre 11h30 et 22h00. Les responsables de pôle peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités de l'unité, ou au regard du projet de soins du patient.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement de l'unité.

Lorsque l'état du patient le justifie ou lorsque l'hospitalisé est un enfant de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnement peut être autorisée en dehors des horaires de visite.

### 3. Les obligations des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des unités. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par la direction, après avis du responsable de l'unité de soins.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant la réalisation des soins et examens.

Les visiteurs doivent s'abstenir d'introduire dans l'établissement des boissons alcoolisées ou du tabac. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

Concernant les médicaments, ils ne peuvent être introduits qu'après l'accord du médecin responsable du patient.

Les visiteurs ne doivent pas consommer de boissons alcoolisées à l'intérieur de l'établissement.

Les visiteurs doivent se conformer aux consignes du personnel soignant concernant la fourniture éventuelle à un patient de denrées ou de boissons, même non alcoolisées. Cet apport d'aliments pourrait en effet ne pas être compatible avec le régime alimentaire qui lui a été prescrit.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils ne doivent pas fumer dans l'ensemble des locaux et faire fonctionner d'appareils sonores.

## SECTION 9 : Accès de l'établissement à certaines catégories de professionnels

### 1. Accès des professionnels de la presse<sup>108</sup>

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein d'un site hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la direction de l'établissement. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du directeur de garde. L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients. Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels ; le CHIVA ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

### 2. Les démarcheurs, représentants et enquêteurs

L'accès au sein d'un site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du malade et autorisation spécifique de l'administration. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne

<sup>108</sup> Art R1112-47 du CSP

peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur; les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

### ***3. Visites médicales collectives <sup>109</sup>***

Afin d'améliorer l'évolution des connaissances des praticiens hospitaliers, odontologiques et maïeutique, ainsi que des personnels para-médicaux dans le domaine des médicaments de ville, des visites médicales collectives sont organisées à leur attention. L'organisation, le contenu et la déontologie se rattachant à ces visites sont décrites dans une convention liant le centre hospitalier à l'employeur du représentant du laboratoire. Cette convention est soumise à l'avis de la CME et de la CSIMRT. Elle a pour but de garantir la neutralité et l'objectivité des informations données au cours de ces présentations.

### ***4. Intervention des notaires***

Les notaires, qui ont qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de la direction pour se rendre auprès des patients qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

### ***5. Les associations***

Les associations qui organisent l'intervention de bénévoles dans l'établissement doivent avoir préalablement passé une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

---

<sup>109</sup> Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé

### SECTION 1 : La sécurité générale

#### 1. La nature des règles de sécurité

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

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur de l'établissement les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège offre aux patients. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

#### 2. Les dispositifs de la sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leur fonction sous l'autorité du directeur de l'établissement, dans le strict respect de la loi et des textes pris en son application. Ils concourent à la sécurité incendie, à la sécurité générale et à la sécurité anti-malveillance.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées au cas prévu par le code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril ; légitime défense ou état de nécessité) et par le code de procédure pénale (crime ou délit flagrant).

Ils ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande de la direction du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège ou des personnels responsables de ces services.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ou vérification d'identité.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir, à la sortie de l'établissement, et pour le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

Il existe un système de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège. Le fonctionnement de ces installations permet de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il se conforme aux règles énoncées par la loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

### SECTION 2 : La sécurité incendie

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

L'établissement tient un registre de sécurité incendie sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité incendie. Il est notamment fait référence aux notifications des contrôles relatifs :

Aux installations techniques ;

A la formation à la sécurité incendie du personnel ;

Aux installations de sécurité ;

Aux rapports de visite des commissions de sécurité.

### SECTION 3 : Les rapports avec l'autorité judiciaire, les autorités de police et de gendarmerie.

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

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

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

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.

Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte de la personne hospitalisée et d'une manière générale des droits du citoyen.

## **SECTION 4 : Les mesures en cas de circonstances exceptionnelles**

### ***1. Les mesures générales***

En cas de circonstances exceptionnelles le directeur du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège 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 interdire l'accès au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège à toute personne qui refuserait soit de se prêter aux mesures générales de sécurité décidées, comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, soit de justifier du motif de son accès sur le site.

En cas de péril grave et imminent pour le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, pour son personnel ou pour un ou plusieurs des 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 de mettre en place un périmètre de sécurité ou de procéder à une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors d'un déclenchement d'un plan d'urgence, le directeur de l'établissement prend les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement dans son enceinte.

### ***2. L'organisation en cas de crise***

Un plan d'accueil pour les malades et les blessés nécessitant des soins urgents, dénommé plan blanc est mis en œuvre au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège par le directeur.

Ce plan permet d'assurer la répartition et le renforcement des moyens disponibles en cas d'afflux massif des victimes. Il comporte une annexe organisant les situations face aux risques particuliers (grippe, canicule).

### SECTION 1 : La circulation des véhicules

Dans l'enceinte du site du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, la circulation des véhicules est soumise au code de la route. La vitesse maximum autorisée est de vingt kilomètres/ heure.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter tout comportement générateur de bruits.

Les voies appartiennent au domaine public du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier.

### SECTION 2 : Le stationnement des véhicules

Dans l'enceinte du site du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, les véhicules ne peuvent être stationnés que sur les emplacements prévus à cet effet et ne doivent en aucune manière gêner la circulation ou bloquer des voies d'accès.

Le personnel du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège doit stationner sur le parking qui lui est réservé.

Le personnel handicapé est autorisé à stationner sur une place près des locaux où il travaille habituellement. Les places réservées aux personnes handicapées ne doivent pas être détournées de l'usage prévu.

Les camping-cars et les véhicules avec remorques ne peuvent stationner que sur le parking visiteurs et aux heures de visite.

Les places situées à l'entrée de l'établissement sont réservées aux ambulances ou véhicules privés qui déposent et viennent rechercher les personnes à mobilité réduite ou âgées.

Les places situées dans la rue des urgences sont strictement réservées aux véhicules de secours, aux ambulanciers et aux patients des urgences ou à leurs familles qui viennent les déposer.

Les places situées dans la zone réservée à proximité de l'entrée de la dialyse sont réservées aux véhicules de secours, aux ambulanciers, aux patients de l'unité de dialyse ou à leurs familles qui viennent les déposer.

En cas de non-respect des dispositions précitées concernant le stationnement, un premier avertissement papier sera apposé sur le pare-brise et le numéro d'immatriculation du véhicule sera relevé.

En cas de récidive, l'agent de sécurité collera sur la vitre côté conducteur, un deuxième avertissement, en veillant à ne pas gêner la visibilité du conducteur.

Dans un troisième temps, le véhicule sera immobilisé avec un sabot de sécurité. Le propriétaire devra alors faire appel à l'agent de sécurité et attendre sa venue.

Dans tous les cas de stationnement gênant, il sera fait appel à la gendarmerie et le véhicule sera mis à la fourrière. Les frais de mise en fourrière et les amendes seront à la charge du propriétaire du véhicule contrevenant.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. A ce titre, elle ne saurait en rien engager la responsabilité du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations, tant pour le personnel que pour les visiteurs.

### SECTION 3 : Les espaces verts

Les espaces verts doivent être scrupuleusement respectés. L'accès aux espaces verts est interdit hors des lieux d'aménagement spécifique (bancs, circulations piétonnières).

## TITRE 4 : Dispositions relatives au personnel de l'établissement.

### **CHAPITRE 1 : Les obligations générales de tout agent de la fonction publique hospitalière et de l'ensemble des personnes concourant aux missions du service public hospitalier**

#### **SECTION 1 : Les obligations d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier**

##### **1. Les horaires et tableau de service**

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national<sup>110</sup> et fixés par tableaux de services.

##### **2. La continuité du service public**

En cas d'absence imprévue d'un agent devant prendre ses fonctions et si la nécessité du service l'impose, le personnel déjà en service est tenu de rester à son poste et d'assurer la continuité du service public. Le cadre ou l'administrateur de garde doivent rechercher dans les meilleurs délais et par tous les moyens une solution de remplacement.

##### **3. La gestion des absences**

Toute absence prévue, y compris pour événements familiaux, quel qu'en soit le motif, doit avoir fait l'objet d'une autorisation, faute de quoi l'agent peut être considéré en situation d'absence irrégulière. Cette autorisation doit être sollicitée auprès du cadre de l'unité et sera accordée sous réserve de la nécessité du fonctionnement du service.

Au cas où l'agent connaîtrait un empêchement imprévu (arrêt maladie, décès, maladie de l'enfant, ...) dont il puisse se justifier, il le signale dans les plus brefs délais à son responsable, de façon à ce que celui-ci puisse au plus tôt le signaler à la direction des ressources humaines et prendre les dispositions nécessaires de réorganisation ou de remplacement. Les justificatifs devront être remis à la direction des ressources humaines dans un délai de 48 heures.

En cas d'arrêt maladie et si le médecin traitant en prescrit une prolongation, l'agent concerné est invité à communiquer cette décision au cadre de l'unité, au moins 24 heures à l'avance, afin que le personnel de son équipe puisse être prévenu dans des délais raisonnables des modifications qui devront être apportées au tableau de service.

##### **4. L'exécution des ordres reçus<sup>111</sup>**

Les agents doivent exécuter les missions qui leur sont confiées, sous réserve des règles de responsabilité et de qualifications professionnelles qui les concernent, en appliquant les règles de bonnes pratiques, les procédures et protocoles en vigueur dans l'établissement et qui ont été portés à leur connaissance par les voies habituelles de publications (notes de services, documents qualité, documentation intranet).

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

Sauf cas exceptionnel prévu par la loi, les convictions religieuses, politiques ou idéologiques d'un agent n'exonèrent pas celui-ci d'exécuter des prescriptions médicales, d'accomplir des actes de soins ou de se conformer aux règles du service public.

<sup>110</sup> Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 (personnels non médicaux) ; Décret 2002-9 du 04 janvier 2002

<sup>111</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (article 28) ; Loi n° 86-33 du 09 septembre 1986 (article 99)

## **5. L'information du supérieur hiérarchique de tout incident ou dysfonctionnement<sup>112</sup>**

Tout agent qui aurait pris connaissance, dans l'exercice de ses fonctions, d'un incident ou d'un dysfonctionnement de nature à compromettre la bonne exécution des missions du service hospitalier, doit en informer sans délai son supérieur hiérarchique et établir une fiche de signalement dans le cadre de la gestion des risques.

En cas de signalement d'un acte de maltraitance, l'agent déclarant fera l'objet d'une protection particulière. En cas d'intimidation verbale ou écrite ou de harcèlement moral de l'agent déclarant, l'administration mettra en œuvre les dispositions prévues par l'article 11 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et précisées par la circulaire du 5 mai 2008.

Lui-même et l'agent mis en cause bénéficieront d'une garantie de non divulgation de leur identité tout au long de l'enquête interne.

L'agent ayant effectué une fausse déclaration encourt le risque de dépôt de plainte par l'agent mis en cause au titre de la diffamation ; dans cette hypothèse l'établissement se portera automatiquement partie civile.

Tout agent amené à conduire un véhicule de l'établissement dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut faire l'objet.

## **6. Le comportement et la tenue du personnel**

### **A. Le respect du malade et du public**

Les personnels hospitaliers respectent la dignité et l'intimité des patients. Ils manifestent en toutes circonstances un esprit et des pratiques de bienveillance et de respect des libertés individuelles, adaptés à chaque circonstance.

Les personnels hospitaliers participent au devoir d'information du public dans le respect des règles du secret professionnel et de la discrétion professionnelle, dont la portée et le contenu sont ci-dessous décrits. Ils favorisent l'exercice des droits du patient et participent à la transparence de la démarche de soins. Ils s'assurent de la bonne compréhension des informations qu'ils sont amenés à leur fournir, notamment concernant la portée d'un éventuel refus de soins.

Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels

Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant dans l'établissement.

La familiarité à l'égard des patients et usagers est formellement proscrite.

Il est demandé au personnel d'éviter tout comportement générateur de bruit afin de respecter la tranquillité du patient.

### **B. L'identification du personnel**

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, tout moyen d'identification précisant leur nom, leur prénom et leur qualité.

L'identification de la qualité de chaque professionnel s'effectue aussi par le port des tenues fournies par l'établissement.

Le personnel doit également se présenter oralement au patient qu'il est appelé à rencontrer dans le cadre de ses missions.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification établi dans un souci d'humanisation des établissements hospitaliers afin de se faire connaître des patients et des familles.

### **C. La tenue vestimentaire de travail**

Toutes les personnes appelées à travailler dans les unités de soins et médico-techniques, ainsi que dans certaines unités techniques et logistiques, dont la liste est fixée après avis du CHSCT, doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement dans un souci d'hygiène. Ces vêtements de travail sont entretenus par la blanchisserie hospitalière et ne doivent pas, pour des raisons d'hygiène, être emmenés au domicile des agents. Le personnel a le devoir de veiller à la propreté de sa tenue de travail et de procéder fréquemment et régulièrement à son changement pour lavage.

Le port des vêtements de travail est proscrit sur le lieu de restauration du centre hospitalier.

## **7. Le service minimum et l'assignation**

Le caractère du service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum, principe dégagé par la jurisprudence.

Pour satisfaire à l'obligation de service minimum, le directeur a le droit d'assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif indispensable permettant d'assurer le fonctionnement des services dont l'activité ne peut être interrompue, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux hospitalisés et la conservation des installations et du matériel. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

---

<sup>112</sup> Article L 5126-5, R 5121-150 à 153, R 5121-170, R 5121-196 (pharmacovigilance) ; L 1221-13, R 1221-40 (hémovigilance) ; L 5212-2, R 5212-12, R 5212-14 à 22 (matériovigilance), Décret n° 96-351 du 19 avril 1996 (réactovigilance)

A cet effet, il a été décidé au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège les règles suivantes :

Pour les grèves d'une journée, il est fait application en règle générale des effectifs du dimanche et des jours fériés. Des réquisitions sont prononcées au delà de cet effectif en fonction des besoins spécifiques à certaines catégories de patients pris en charge dans l'établissement et de la continuité du service public.

La définition de ces besoins donne lieu à délibération des instances du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Pour les grèves de plus d'une journée, le directeur décide de l'effectif en fonction de la durée de la grève et des besoins de continuité de service public appréciés selon les critères précités.

## ***8. L'exercice professionnel consacré au service public et les dérogations***

Sauf cas prévus par les textes en vigueur, les agents de l'établissement, qu'ils soient titulaires ou stagiaires, à temps plein ou à temps partiel, ne sont pas autorisés à exercer, concomitamment à leur activité publique au sein du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, une activité privée lucrative<sup>113</sup>.

Les agents bénéficiant des dérogations prévues par la loi doivent en informer la direction des ressources humaines.

## ***9. Respect des règles d'hygiène et de sécurité***

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et ses usagers. Ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisés sur les lieux de travail en fonction de leur emploi (visites médicales périodiques, examens médicaux pour les professionnels affectés dans des secteurs à risques particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail). Ainsi, l'agent placé en arrêt de travail pendant 21 jours devra se soumettre à la visite de reprise réglementaire.

Le port des bijoux au niveau des mains et des poignets (bagues, bracelets, alliance) est proscrit pour tout personnel en contact avec le patient et son environnement.

Pour le personnel des unités à haut risque infectieux (bloc opératoire, bloc d'accouchement, néonatalogie, dialyse et réanimation), cette mesure s'étend aux colliers et aux boucles d'oreilles. Cette disposition se justifie par un principe de sécurité (risque de contact des bijoux avec la tenue ou l'environnement stériles).

La consommation et le stockage d'alcool dans les unités de soins et les locaux réservés au personnel sont interdits. Néanmoins, la consommation modérée de vin au cours des repas servis au restaurant est admise.

## ***10. Le devoir de préservation du bon état des locaux et des matériels de l'établissement***

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

## ***11. La sécurité informatique et l'utilisation de l'outil informatique***

### **A. Les principes**

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière<sup>114</sup> en respectant les chartes et règlements que l'institution se donne. Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable. Le référent CNIL, désigné par le directeur, veille à la bonne application de ces déclarations.

L'ensemble des moyens techniques, organisationnel et humains concourant au système d'information est soumis à un certain nombre de règles de sécurité et de confidentialité.

### **B. Conditions d'accès au réseau**

L'utilisation de ces ressources partagées et la connexion d'un équipement sur le réseau ne peuvent être effectuées que par un membre du personnel informatique. L'utilisation d'un matériel ou d'une ressource est dédiée à un utilisateur désigné

---

<sup>113</sup> Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 25) ; Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

<sup>114</sup> Loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée notamment par la Loi n°2004-81 du 06 août 2004

et ne peut en aucun cas faire l'objet d'un prêt, même temporaire, à un tiers. L'accès aux différentes ressources par un utilisateur est défini en fonction de son activité professionnelle.

Les agents bénéficient d'une tolérance d'accès à une zone privée d'informations, à condition que ces informations soient identifiées comme personnelles et stockées dans un dossier identifié comme tel. Cette tolérance n'est acceptée que sous réserve d'une utilisation marginale et limitée. En aucun cas, la gestion d'informations d'ordre privée ne peut avoir pour effet de gêner le bon fonctionnement du réseau ou la bonne exécution des tâches confiées aux agents.

Les moyens informatiques (poste de travail et réseau) mis à la disposition du personnel de l'établissement ne lui appartiennent pas. Leur utilisation est encadrée par des règles internes spécifiques à l'institution.

### **C. Respect des règles de la déontologie informatique**

L'établissement s'est doté d'une charte décrivant les conditions d'utilisation de l'informatique, de la messagerie, d'intranet et d'internet. Cette charte décrit les droits et devoirs du personnel dans l'utilisation de cet outil. Elle est portée à la connaissance de l'ensemble du personnel par l'intranet et au moment de la remise de la carte d'accès au système d'information. Les agents s'engagent à s'y conformer. Le non respect des obligations est susceptible de sanctions.

### **D. Utilisation des moyens informatiques**

Tout utilisateur est responsable de l'usage des ressources du système d'information et du réseau auxquels il a accès. Il a aussi la charge, à son niveau, de contribuer à la sécurité générale de ces moyens. L'utilisation de ces ressources doit être loyale afin d'en éviter la saturation ou le détournement de leurs objectifs.

### **E. Contrôle des moyens informatiques.**

Tous les fichiers et les données présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité hospitalière sont susceptibles d'être contrôlés. Le directeur peut faire effectuer des contrôles des moyens informatiques mis à la disposition du personnel, à tout moment, sous réserve de la réglementation en vigueur. Il peut mettre en place des dispositifs de filtrage des données suivant les conditions d'utilisation et de spécification du réseau.

Le service informatique est susceptible d'utiliser des outils de contrôle et de sauvegarde du courrier électronique. Ces outils ont pour finalité de garantir le fonctionnement normal du courrier en éliminant les risques de pollution des postes de travail ou de perte d'information avant son arrivée à destination.

L'établissement utilise également des fichiers de journalisation des connexions destinées à identifier et enregistrer toutes les connexions et tentatives de connexions au système. La finalité des fichiers de journalisation, qui peuvent être associés à des traitements d'information dépourvus de caractère nominatif, mais revêtant un caractère sensible pour l'établissement consiste à garantir une utilisation normale des ressources des systèmes d'information, et, le cas échéant, à identifier les usages contraires aux règles de confidentialité et de sécurité

Le directeur peut opposer des informations enregistrées dans un fichier de journalisation à un membre du personnel qui n'aurait pas respecté les conditions d'usage et d'accès au réseau.

## ***12. La charte graphique***

Une charte graphique a été adoptée dans l'établissement. Ce document a pour objectif de définir l'identité visuelle du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège. La charte est donc le document de référence pour toute création de document, éléments de signalétique ou pour toute présentation effectuée à l'extérieur de l'établissement.

Il est demandé au personnel de s'y référer.

## ***13. Le devoir de formation continue à la sécurité incendie.***

L'ensemble des personnels du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, de service de jour comme de service de nuit, est tenu de participer aux formations annuelles de sécurité incendie et aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement.

## ***14. Les effets et biens personnels / responsabilité***

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, perte d'argent, de valeurs ou d'objets divers ne peuvent être imputés à la responsabilité de l'établissement.

Les dégradations ne peuvent engager la responsabilité de l'établissement qu'au cas par cas et en fonction des circonstances du sinistre.

## ***15. La préservation de l'indépendance des agents***

Aucun membre du personnel de l'hôpital ne peut avoir, dans une entreprise en relation avec son unité ou avec l'hôpital, des intérêts de nature à compromettre son indépendance<sup>115</sup>.

---

<sup>115</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (article 25) ; Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

Dans le cas où un membre du personnel aurait un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, il doit informer la direction de la nature de relations qui le lie à l'entreprise pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêt.

Il est interdit au personnel du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Le personnel du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège ne peut accepter des malades ou de leurs famille aucune rémunération liée à l'exécution de son service. Il lui revient d'expliquer au patient les motifs de son refus.

## ***16. L'obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés à l'hôpital***

Aucun agent du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des patients.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, à l'agent habilité à les conserver par le directeur de l'établissement, selon des procédures internes.

Tout objet ou valeur trouvé ou découvert au sein de l'hôpital doit être remis à l'agent habilité afin qu'il en organise la centralisation et, dans la mesure du possible, en assure la restitution.

Si, dans le délai d'un an, l'objet ou valeur trouvé n'a pas pu être restitué faute d'identification ou de réclamation de son propriétaire, il est remis, s'il s'agit de sommes d'argent, titres, valeurs mobilières, bijoux de valeur, à la Caisse des dépôts et consignation ; les autres biens immobiliers sont remis au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

## ***17. L'obligation d'informer le public<sup>116</sup>***

L'application de la loi du 17 juillet 1978 relative à l'accès aux documents administratifs non nominatifs, le statut du fonctionnaire public hospitalier et la loi du 4 mars 2002 apportent à l'usager des garanties de transparence et de communication des données nominatives le concernant.

## ***18. L'interdiction de fumer et de consommer des boissons alcoolisées***

Conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux et dans les zones d'accès du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions en cas de manquement à cette interdiction.

Par ailleurs, en application de l'article L232-2 du code du travail, l'introduction et la consommation d'alcool dans l'enceinte de l'établissement est strictement interdite.

## ***19. L'obligation de communication de données personnelles***

Le personnel a l'obligation de communiquer son adresse et son numéro de téléphone et d'actualiser ses données auprès de l'administration de l'établissement, ces informations devant être connues par l'établissement dans le cadre d'un déclenchement d'un plan blanc, au titre duquel toute personne peut être rappelée à tout moment.

## **SECTION 2. Le secret et la discrétion dans l'exercice professionnel**

### ***1. Le secret professionnel<sup>117</sup>***

Le code de la santé publique consacre le droit des malades au secret des informations les concernant.

L'article 226-23 du code pénal prévoit que la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire est punie d'une peine d'emprisonnement et d'une amende.

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel. Il en est notamment des personnels placés ou détachés auprès des médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données.

---

<sup>116</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (article 27)

<sup>117</sup> Article L 1110-4 ; Code Pénal : art. L. 226-13 et 14 ; Code Pénal : art. L. 434-1 et 434-11 ; Code de Procédure Pénale : art. 40 ; Code de Déontologie Médicale : art. 44

Le code de la santé publique prévoit que le secret médical peut être partagé au sein de l'équipe de soins par l'ensemble des personnels concourant aux soins.

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation<sup>118</sup>, notamment en matière de santé publique, au cours d'une instance judiciaire ou dans certains cas très particuliers comme : l'information des autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique et psychique ; pour porter à la connaissance du procureur de la République, et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

## **2. La discrétion professionnelle<sup>119</sup>**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, le personnel est lié par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

## **3. L'obligation de réserve**

Tout fonctionnaire doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec la nature de ses fonctions. Il n'est pas autorisé à nuire ou à porter préjudice, par ses paroles et ses actes, ni à l'établissement dont il fait partie, ni aux malades et ni au personnel.

## **4. Le respect de la liberté de conscience et d'opinion et la laïcité**

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du site. La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.<sup>120</sup> Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur<sup>121</sup> en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

---

<sup>118</sup> A titre d'exemples : Code Civil : art. 56 (naissance,) et art. 80 (décès) ; Article L 3113-1 (certaines maladies contagieuses) ; Article L 3812-2 (maladies sexuellement transmissibles) ; Code de la Sécurité sociale : art. L 441-6 (accident du travail), L 461-5 et L 461-6 (maladie professionnelle) ; Articles L 3212-1 et L 3213-1 (maladie mentale nécessitant une hospitalisation) ; Article L.2132-2 (surveillance sanitaire des enfants en bas âge) ; Article L 3413-2 (interruption d'une cure de désintoxication d'un malade traité dans le cadre d'une injonction thérapeutique).

<sup>119</sup> Article L 1110-4 ; Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 26)

<sup>120</sup> Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2/02/2005 relative à la laïcité

<sup>121</sup> Loi n° 86-33 du 09/01/1986 (art 96 à 98) , Décret n° 86-660 du 19/03/1986

### SECTION 1 : L'application des droits statutaires et des droits du travail

#### 1. Le principe général

Le personnel du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège bénéficie des droits qui lui sont reconnus, par les textes régissant sa situation. Il peut obtenir à tout moment l'information de ces droits auprès de la direction des ressources humaines.

L'établissement garantit le respect de ces droits, dans la mesure de leur conciliation avec les obligations et les missions du service public hospitalier.

#### A. Liberté d'opinion, non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires

Aucune discrimination, directe ou indirecte ne peut être faite entre les agents en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur apparence physique, de leur âge, de leur patronyme, de leur handicap ou de leur appartenance vraie ou supposée, à une ethnie.

Toutefois, des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

#### B. Protection des fonctionnaires

Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

L'établissement est subrogé aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques la restitution des sommes versées au fonctionnaire intéressé, et dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'il peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale. 122

#### C. C. Protection contre le harcèlement

La carrière des agents ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs sexuelles. Les agents qui auront relatés ou témoigné seront protégés.

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

#### D. Droit d'accès au dossier administratif

Tout agent a accès à son dossier administratif dans les conditions définies par la réglementation. Les demandes doivent être adressées à la direction des ressources humaines

#### E. Le droit à la formation professionnelle

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux fonctionnaires, selon les conditions et modalités définies par la réglementation<sup>123</sup>.

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

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

Les actions de formation suivies au titre du droit individuel à la formation peuvent avoir lieu, en tout ou partie, en dehors du temps de travail. Dans ce cas, les agents bénéficiaires perçoivent une allocation de formation.

Les fonctionnaires peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

<sup>122</sup> Art 11 loi n°83-634 du 13 juillet 1983

<sup>123</sup> Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social

## 2. La prise en charge des soins du personnel

Lorsqu'un agent stagiaire et titulaire est hospitalisé, le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège prend en charge, pendant une durée maximum de six mois, le montant des frais d'hospitalisation non remboursés par les organismes de sécurité sociale.

Pour une hospitalisation dans un autre établissement autre que le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège, la charge ne pourra toutefois être assumée qu'en cas de nécessité reconnue par un médecin désigné par l'administration ou sur le vu d'un certificat délivré par l'administration de l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et attestant l'urgence de l'hospitalisation.

Les frais médicaux sont limités aux soins dispensés dans l'établissement où exercent les agents.

La gratuité des produits pharmaceutiques s'entend uniquement des produits destinés à l'usage personnel de l'agent et non des membres de sa famille, et sous la double condition :  
que ces produits aient été prescrits par un médecin de l'établissement ;  
qu'ils soient délivrés par la pharmacie de l'établissement employeur.

La prise en charge des soins du personnel par l'établissement est considérée comme un avantage en nature.

## 3. L'exercice du droit syndical

L'exercice du droit syndical est garanti aux agents du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège dans le cadre légal et réglementaire qui organise ces activités<sup>124</sup>.

Le directeur ou son représentant en garantit l'exercice, sous réserve des nécessités du service et dans la mesure où le principe de la neutralité du service public est respecté.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions :

- Les organisations syndicales peuvent tenir des réunions statutaires ou d'information dans l'enceinte des bâtiments de l'établissement auxquelles seuls peuvent participer les agents qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence.
- Les organisations syndicales représentées au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ou représentatives dans l'établissement sont, en outre, autorisées à tenir une réunion mensuelle d'information d'une heure à laquelle peuvent participer les agents pendant leurs heures de service. Une même organisation syndicale peut regrouper ses heures mensuelles d'information par trimestre.

Le contenu de ces affiches, publications et tracts est librement déterminé par l'organisation syndicale, sous réserve de l'application des dispositions relatives à la presse<sup>125</sup>. La liberté d'expression conserve néanmoins les limites légales que constituent le caractère injurieux ou diffamatoires des propos qui pourraient être tenus, et statutaires par l'obligation de réserve et de tempérance qui s'impose à tous agents publics.

La distribution de documents d'origine syndicale a lieu :

- En dehors des locaux ouverts au public
- A condition qu'elle ne porte pas atteinte au bon fonctionnement du service
- A condition qu'elle soit assurée par des agents qui ne sont pas en service ou qui bénéficient d'une décharge syndicale<sup>126</sup>

L'affichage des communications syndicales s'effectue librement sur des panneaux réservés à cet usage et qui sont disposés dans les unités de travail. Un exemplaire de ces communications syndicales est transmis au chef d'entreprise, simultanément à l'affichage.

L'expression syndicale ne peut aucun cas porter atteinte au bon fonctionnement du service, ni compromettre la liberté d'aller et venir des visiteurs et patients qui s'adressent à l'établissement. Cette expression n'est pas non plus exclusive du respect par les agents de l'utilisation des biens et matériels appartenant à l'établissement et mis à leur disposition pour exercer leur mission.

## 4. L'exercice du droit de grève

Les agents du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège bénéficient du droit de grève dans la mesure où l'exercice de la grève ne compromet pas la continuité du service public hospitalier.

Les personnels sont tenus de se conformer à l'assignation éventuellement prononcée par le directeur de l'établissement pour assurer un service minimum permettant d'assurer le fonctionnement des services dont l'activité ne peut être interrompue, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux hospitalisés et la conservation des installations et du matériel.

<sup>124</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; art. 96 à 98 de la loi n° 86-33 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

<sup>125</sup> Art L412-8 du code du travail

<sup>126</sup> Art 9 et 16 du décret n°82-447 du 28 mai 1982

## **5. L'exercice du droit d'alerte en cas de danger grave et imminent**

Si un représentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un salarié, il en avise immédiatement l'employeur ou son représentant et il consigne cet avis par écrit dans des conditions fixées par voie réglementaire. L'employeur ou son représentant est tenu de procéder sur-le-champ à une enquête avec le membre du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui lui a signalé le danger et de prendre les dispositions nécessaires pour y remédier.

## **SECTION 2 : Les services à la disposition des personnels de l'établissement**

### **1. L'accueil et l'information des nouveaux arrivants dans l'établissement**

Tout agent nouvellement nommé dans l'établissement, installé récemment ou très prochainement dans ses fonctions, a le droit de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux modes de fonctionnement, aux instances représentatives et spécialisées, à l'organigramme de direction du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Il doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement. Il reçoit un livret d'accueil au moment de sa prise de fonction.

Il a par ailleurs accès à la connaissance du présent règlement intérieur.

### **2. La restauration**

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place dans un lieu spécialement réservé à cet effet au sein des locaux de l'établissement.

Un repas peut leur être fourni du lundi au vendredi au restaurant de l'établissement moyennant l'achat d'un ticket dont le tarif est fixé par le conseil de surveillance chaque année.

### **3. La blanchisserie**

Le centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail aux agents ayant l'obligation de porter une tenue de travail pendant qu'ils sont en service.

Avant leur envoi à la blanchisserie, toutes les poches des vêtements doivent être vidées pour éviter les pertes et les accidents. En cas de perte ou de détérioration des vêtements de travail, les agents peuvent être tenus de rembourser le montant de leur valeur.

### **4. La vie sportive et culturelle**

Une association organise et offre des prestations aux membres du personnel adhérents. L'association est affiliée à la fédération nationale des amicales de personnel hospitalier (FNAPH).

### **5. Le service des œuvres sociales**

Les agents du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège peuvent bénéficier des prestations du C.G.O.S en s'adressant à la direction des ressources humaines.

### **6. La santé au travail.**

#### **A. Le service de santé au travail**

Le service de santé au travail, dont l'activité est obligatoire<sup>127</sup> a pour mission la préservation de la santé physique et mentale des salariés qu'il prend en charge<sup>128</sup>. L'art. L.4622-2 du code du travail attribue au médecin du travail des missions de prévention primaire, secondaire et tertiaire :

1. Il évalue les dangers sur l'homme des ambiances de travail nocives ainsi que les contraintes physiques ou mentales qui s'exercent sur lui.
2. La prévention secondaire s'exerce par la surveillance médicale des travailleurs : visites médicales d'embauche, visites périodiques, visite de pré-reprise et de reprise après un arrêt du travail. Il fait bénéficier les agents d'une surveillance médicale renforcée en cas d'exposition à des risques particuliers (travail sur écran, travail à la chaleur ou exposé au bruit, travail de nuit).

<sup>127</sup> Article R241-10 du code du travail

<sup>128</sup> Article L. 241-2 du code du travail, article 193 de la loi du 17 janvier 2002 « de modernisation sociale », directive européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989

3. Il développe une prévention tertiaire par une logique de réparation consiste à prévenir le risque de perte d'emploi des salariés ayant un problème de santé lié ou non à son travail qui entraîne la prescription d'aménagement du poste de travail individuel, les conseils auprès des employés et des employeurs sur les conditions de travail, les alertes sanitaires sur les risques environnementaux ou psychosociaux.

Le médecin du travail est soumis au secret médical<sup>129</sup>. Ainsi, les avis d'aptitude qu'il émet ainsi que les suggestions d'aménagement de poste, ne doivent faire aucune mention à la ou aux pathologie(s) dont souffre le salarié en question. Son indépendance professionnelle est garantie par la loi et par la déontologie médicale.

Une visite médicale à la médecine du travail est obligatoire à l'embauche, puis au moins tous les deux ans, ainsi qu'après un arrêt de travail pour accident du travail de plus de 7 jours ou un arrêt pour maladie de plus de 21 jours ; en cas de risques spéciaux, la visite d'embauche peut être obligatoire avant l'embauche et le suivi tous les 6 ou 12 mois. Les salariés ont l'obligation de se soumettre à ces visites.

Le salarié ou l'employeur peuvent demander, à tout moment, une visite médicale. Le médecin du travail a le droit de visiter l'établissement sans prévenir, afin de connaître les conditions d'hygiène et de sécurité.

Les missions du médecin du travail lui confèrent un rôle dans l'élaboration, le suivi et la réactualisation du document unique des risques

Un soutien psychologique des salariés peut être réalisé dans le cadre du service de santé au travail, par la mise à disposition d'un temps de psychologue affecté à cette mission.

## **B. Le document unique des risques (DUER)**

Le centre hospitalier des Vallées de l'Ariège a élaboré le document unique d'évaluation des risques (DUER) qui est la transposition, par écrit, de l'évaluation des risques professionnels, imposée par le Code du Travail<sup>130</sup>. C'est un élément essentiel de la prévention des risques dans l'entreprise qui répond à trois exigences réglementaires :

1. Le DUER liste et hiérarchise les risques pouvant nuire à la sécurité de tout salarié
2. Le DUER préconise des actions visant à réduire les risques, voire les supprimer
3. Le DUER fait l'objet de réévaluations régulières.

## ***7. L'utilisation des véhicules du centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège***

L'utilisation des véhicules doit être faite dans le strict respect du code de la route aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du centre hospitalier. Toute infraction au code de la route, constatée par les autorités de police ou de gendarmerie touchant à la conduite du véhicule et au comportement du conducteur est susceptible d'entraîner la responsabilité pénale de celui-ci, si la faute est réputée détachable du service.

Lors de chaque utilisation, le carnet de bord doit être correctement et lisiblement rempli dans tous les items demandés.

Toute anomalie de fonctionnement constatée sur un véhicule, tout incident de parcours doivent immédiatement être signalés à la direction.

## ***8. L'accident de trajet du personnel***

Tout accident survenu à un agent en mission ou amené à se déplacer pour des raisons de service ou en raison de la nature de ses fonctions est considéré comme un accident du travail au sens des textes en vigueur si l'agent a pris toutes les dispositions utiles à cet effet (ordre de mission) .

## ***9. Le service social du personnel***

Le service social du personnel propose un lieu d'accueil, d'information, d'orientation, d'aide et d'accompagnement aux agents amenés à rencontrer des difficultés dans leur vie professionnelle (difficultés liées au poste de travail) ou personnelle (problèmes liés à la santé, à la famille et problèmes financiers).

<sup>129</sup> Article 226-13 du code pénal, article L.1110-4 du CSP, article 4 du code de déontologie

<sup>130</sup> Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, article R. 4121-1 et suivants du code du travail

## CHAPITRE 3 : L'ORGANISATION DES GARDES

Dans ses missions de service public hospitalier, l'établissement est soumis à l'obligation de continuité et de service minimum.

Il s'organise de manière à satisfaire de façon permanente à cette obligation.

### SECTION 1 : Les gardes administratives et techniques

Pour répondre à la nécessité de la disponibilité permanente d'une autorité responsable, le directeur organise avec les directeurs adjoints de l'hôpital et certains de ses collaborateurs choisis en raison de leur fonction un service de garde administrative assurée par astreinte à domicile.

Cette garde administrative permet de garantir la disponibilité permanente d'une autorité reconnue comme responsable devant la loi. Elle a pour objectif de répondre à l'urgence et d'assurer une continuité de fonctionnement des services et équipements.

Le directeur de l'établissement organise également la garde technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

Il désigne à cet effet les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent la garde sous forme d'astreinte à domicile. Cette garde technique est distincte de la garde administrative. Elle concerne les ateliers et le service informatique.

### SECTION 2 : Les gardes médicales (la permanence des soins- service de garde)

L'organisation de la permanence des soins doit permettre la prise en charge continue de tous les patients.

Elle est régie par l'arrêté modifié du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

Tous les praticiens à temps plein ou à temps partiel, les assistants, les praticiens contractuels et les praticiens attachés, exerçant dans une discipline pour laquelle est organisé un service de garde, participent à la permanence des soins selon les règles applicables à leur statut respectif.

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

Elle est organisée soit sur place, soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à déplacement ; dans ce dernier cas, le praticien est tenu de répondre à tout appel dans les plus brefs délais. L'astreinte s'effectue soit à domicile, soit dans tout autre lieu au choix du praticien, à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

Pour chaque nuit, le service de permanence sur place ou d'astreinte à domicile commence à la fin du service normal de jour et au plus tôt à 18h30, pour s'achever au début du service normal le lendemain, et au plus tôt à 8h30.

Pour chaque dimanche ou jour férié, le service de permanence sur place ou à domicile commence à 8h30 pour s'achever à 18h30, sauf pour les unités qui fonctionnent en service continu.

Les praticiens hospitaliers, praticiens à temps partiel, les assistants, les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels ne peuvent assurer une participation sous forme d'astreinte supérieure à :

- Trois nuits par semaine ;
- Deux dimanches ou jours fériés par mois.

Cependant, ils peuvent à titre volontaire dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de leur service quotidien.

Ils bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par périodes de vingt-quatre heures.

Ils peuvent accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, ils bénéficient immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente. Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

Les internes participent au service de gardes. Les gardes effectuées par les internes au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans leurs obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. Ils peuvent également assurer une participation supérieure au service normal de garde. Les internes bénéficient d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières ou universitaires.

Un tableau de service du personnel médical et des internes précise au centre hospitalier intercommunal des Vallées de l'Ariège l'organisation retenue pour garantir le fonctionnement continu du service public hospitalier tel que défini par les textes en vigueur.

### SECTION 3 : Les gardes paramédicales et médico-techniques

Dans tous les services accueillant des patients ou amenés à donner des soins, il est organisé une présence 24 heures sur 24 de personnel qualifié.

Pour certaines catégories de personnel dont la présence dans l'établissement n'est pas indispensable, il est organisé un service d'astreinte à domicile. Selon les besoins spécifiques des disciplines concernées, ces astreintes couvrent tout ou partie des périodes de jour et/ou de nuit. Les astreintes font l'objet d'une rémunération ou d'une récupération conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Les secteurs concernés sont actuellement :

- La dialyse ;
- L'encadrement de santé;
- L'endoscopie ;
- L'hospitalisation à domicile périnatale.

Pour d'autres catégories, il est organisé un service de permanence dans l'établissement. Ces permanences font l'objet d'une rémunération ou d'une récupération conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Les secteurs concernés sont actuellement :

- Le bloc opératoire (infirmier de bloc et infirmier anesthésiste) ;
- Le laboratoire.

Toute modification de ces astreintes et permanences fait l'objet d'une décision du directeur de l'établissement après avis du comité technique d'établissement et de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation.

### **1. Procédure d'adoption du règlement intérieur**

Conformément à l'article L6143-7 13° code de la santé publique<sup>131</sup>, le directeur, arrête le règlement intérieur. Le conseil de surveillance, la commission médicale d'établissement et le comité technique paritaire émettent un avis.

Le règlement intérieur est porté à l'information de la commission des soins infirmiers, techniques et médico-technique.

### **2. Procédure de modification du règlement intérieur**

Les modifications à apporter au règlement intérieur sont adoptés dans la même forme et selon la même procédure que celle décrite ci-dessus.

Elles sont proposées par un comité de suivi qui se réunit au moins une fois par an pour examiner les projets de mise à jour des articles.

La composition de ce comité est la suivante :

- Le directeur de l'établissement ;
- Le directeur chargé de la qualité ;
- Un médecin représentant la CME ;
- Le directeur des soins.

---

<sup>131</sup> Article L 6143-1, L 6143-7, R. 6144-1, R 6144-40 du CSP

## Index

### A

accès au dossier administratif.....	63
accès au dossier médical.....	62
accident du trajet.....	91
accompagnement des enfants.....	57
accouchement sous X.....	56
accueil des patients.....	54
activité privée lucrative.....	84
admission	
détenus.....	57
étrangers.....	58
femmes enceintes.....	55
majeur sous curatelle.....	57
majeur sous sauvegarde de justice.....	57
majeur sous tutelle.....	57
militaires.....	58
mineur.....	56
normale.....	53
secteur libéral.....	54
structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet.....	54
toxicomanes.....	58
urgence.....	53
aide médicale.....	7
aide médicale d'état.....	55, 56
animaux domestiques.....	76
armes.....	76
associations.....	7, 78
autorité judiciaire.....	79
autorités de police.....	79

### B

blanchisserie.....	90
--------------------	----

### C

C.G.O.S.....	90
Cellule d'évaluation permanente.....	48
Cellule de gestion des risques.....	48
certification.....	5, 7, 20, 42, 46, 47, 49
chambre particulière.....	54
charte graphique.....	85
circonstances exceptionnelles.....	80
Collège médical du département de l'information médicale.....	37
Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.....	25
Comité de pilotage, de la qualité et de la certification.....	47
Comité technique d'établissement.....	22
Commission de l'activité libérale.....	33
Commission de l'organisation de la permanence des soins.....	33
Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.....	28
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	26
Commissions administratives paritaires locales.....	31
comportement vénéux.....	86
Conseil d'administration.....	8
Conseil de discipline.....	32
consentement	
majeurs incapables.....	61
mineurs.....	60
règles générales.....	59
consentement aux soins.....	59
continuité du service public.....	82, 84, 89
Coordonnateur des vigilances.....	49
Correspondant local d'hémovigilance.....	49
Correspondant local d'infectiovigilance.....	49
Correspondant local de biovigilance.....	51

Correspondant local de matériovigilance.....	50
Correspondant local de pharmacovigilance.....	50
Correspondant local de réactovigilance.....	51
courrier.....	64
couverture maladie universelle.....	55, 60
culte.....	65

### D

décès	
certificat.....	70
déclaration d'enfant sans vie.....	69
dévolution des biens.....	70
frais d'inhumation et d'obsèques.....	72
inventaire.....	70
notification.....	69
présentation du corps.....	70
toilette mortuaire.....	70

### délégations de gestion du pôle

Pôle clinique ou médico-technique.....	43
démarcheurs.....	77
Département de l'information médicale.....	37
déplacement dans l'hôpital.....	64
dépôt des biens.....	73
désordres.....	64
détenus.....	7, 57
Directeur.....	12
directives anticipées.....	60, 62
discrétion professionnelle.....	24, 28, 32, 87
don de corps à la science.....	72
droit à l'information.....	59, 60
droit d'alerte.....	90
droit de grève.....	89
droit syndical.....	89
droits des patients	
respect et repos.....	63
secret hospitalisation.....	63
droits du travail.....	88
droits statutaires.....	88

### E

effets des patients.....	64
effets du personnel.....	85
élections	
Comité technique d'établissement.....	23
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	27
Commissions administratives paritaires locales.....	31
enquêtes.....	68
espaces verts.....	81
étrangers.....	55, 58, 69
examens médico-légaux post mortem.....	72
exécution des ordres reçus.....	82

### F

femme enceinte.....	55
fin de vie.....	62, 67
formation continue à la sécurité incendie.....	85
frais d'hospitalisation.....	54
frais d'inhumation et d'obsèques.....	72

### G

gardes	
administratives.....	92
médicales.....	92
médico-techniques.....	93
paramédicales.....	93
techniques.....	92
gendarmerie.....	79
gratifications.....	64

<b>H</b>			
horaires			
des repas.....	63		
visites.....	77		
hospitalisation à domicile .....	6, 93		
hygiène .....	76		
<b>I</b>			
identification du personnel.....	83		
indépendance du personnel.....	85		
indice de mort violente ou suspecte.....	70		
information			
famille et proches.....	61		
majeurs incapables .....	61		
médecin traitant.....	61		
mineurs.....	60		
règles générales.....	59		
information du public.....	86		
information du supérieur.....	83		
interdiction de fumer.....	76, 86		
interruptions volontaires de grossesse .....	56		
<b>M</b>			
majeur sous sauvegarde de justice.....	57		
majeur sous tutelle .....	57		
majeurs légalement protégés.....	57		
maltraitance .....	83		
médecin traitant .....	53, 59, 61, 62, 67, 82		
militaires .....	55, 58, 69		
modification du règlement intérieur.....	94		
<b>N</b>			
neutralité .....	76, 89		
notaires.....	78		
nouveaux arrivants.....	90		
<b>O</b>			
obligation de réserve.....	87		
<b>P</b>			
personne de confiance.....	59, 60, 61, 62		
personnel			
accident de trajet .....	91		
accueil .....	90		
activité privée lucrative.....	84		
blanchisserie.....	90		
communication des données personnelles.....	86		
comportement et tenue .....	83		
comportements vénaux.....	86		
conservation dépôts d'argent et d'objets .....	86		
conservation des locaux.....	84		
continuité du service public .....	82		
discrétion professionnelle .....	87		
droit d'alerte .....	90		
droit de grève.....	89		
droit syndical .....	89		
droits du travail .....	88		
droits statutaires.....	88		
effets et biens .....	85		
exécution des ordres reçus.....	82		
identification.....	83		
indépendance .....	85		
information du supérieur hiérarchique .....	83		
interdiction de fumer.....	86		
médecine du travail.....	90		
nouveaux arrivants .....	90		
obligation de réserve .....	87		
obligation d'informer le public.....	86		
ponctualité .....	82		
restauration .....	90		
secret professionnel .....	86		
service des œuvres sociales.....	90		
service minimum.....	83		
service social .....	91		
soins.....	89		
tenue vestimentaire .....	83		
véhicules .....	91		
vie sportive et culturelle.....	90		
personnes étrangères .....	77		
pôles d'activité.....	39		
ponctualité du personnel.....	82		
prélèvement d'organes et de tissus .....	72		
presse .....	64		
produits stupéfiants.....	76		
provisions.....	10, 55		
<b>R</b>			
régime d'hospitalisation .....	54		
régime de publicité des actes .....	17		
registre des appréciations et des remarques.....	68		
responsable de pôle			
pôle clinique ou médico-technique.....	39, 41		
restauration du personnel.....	90		
restitution des objets .....	66		
<b>S</b>			
santé au travail .....	90, 91		
secret de la grossesse.....	56		
secret professionnel .....	29, 80, 86, 87		
sécurité générale.....	79		
sécurité incendie .....	76, 79, 85		
sécurité informatique .....	84		
service minimum .....	83, 89, 92		
service social.....	55, 64, 65, 91		
sortie			
autorisation.....	66		
condition .....	66		
contre avis médical .....	67		
disciplinaire .....	67		
formalités .....	66		
insu du service .....	67		
mineur.....	66		
modalités particulières.....	66		
nouveaux-nés .....	67		
questionnaire .....	68		
<b>T</b>			
téléphone.....	64		
téléphones portables .....	76		
télévision .....	64		
tenue et langage du personnel .....	83		
tenue vestimentaire du personnel.....	83		
toxicomanes .....	58		
transfert en chambre funéraire .....	71		
transferts.....	68		
transport de corps			
après mise en bière .....	71		
sans mise en bière.....	71		
transport en ambulance .....	68		
trouble			
patients et visiteurs .....	76		
<b>V</b>			
véhicules.....	91		
circulation.....	81		
stationnement.....	81		
vie sportive et culturelle .....	90		
visite			
conditions d'exercice.....	77		
horaires.....	77		
visites médicales collectives.....	20, 27, 78		
visiteurs.....	5, 68, 76, 77, 81		
obligations .....	77		
tenue .....	76		

