



Règlement intérieur du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège

Arrêté par le Directeur du CHIVA le : 1^{er} Janvier 2026

après

Avis du Conseil de Surveillance, le 18 Décembre 2025

Avis du Directoire, le 15 Décembre 2025

Avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME), le 2 Décembre 2025

Avis du Comité Social d'Établissement (CSE), le 9 Décembre 2025

Le Directeur

Edouard DOUHERET



Table des matières

Introduction générale	18
Partie 1 : les dispositions générales	19
Chapitre 1. Statuts, sites et missions	19
Article 1. Les statuts	19
Article 2. Les différents sites	19
2.1. Le site principal.....	19
2.2. Le site du Pays d’Olmes	19
2.3. L’Hospitalisation à Domicile (HAD).....	20
2.4. Les EHPAD.....	20
2.4.1. <i>Les différents sites d’EHPAD</i>	20
2.4.2. <i>Le règlement de fonctionnement spécifique à l’EHPAD</i>	21
2.5. L’Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS).....	22
2.6. L’Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)	22
2.7. L’Unité d’Accueil des Victimes (UAV) et la Maison des Femmes	22
2.8. L’Unité d’Accueil Pédiatrique pour les Enfants en Danger (UAPED)	22
2.9. La participation aux actions de santé publique et de prévention des risques sanitaires	23
2.10. La participation à la lutte contre les exclusions	23
2.11. Les consultations dentaires dédiées aux personnes en situation de handicap	23
2.12. Le Service d’Aide Médicale d’Urgence (SAMU) Centre 15 et le Service d’Accès aux Soins (SAS)	23
2.13. Le CESU	23
2.14. Le Centre Périnatal de Proximité (CPP)	24
2.15. La Résidence Jules Rousse : établissement en direction commune.....	24
Article 3. Les missions	24
Chapitre 2. Coopérations	26
Article 4. Le Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises	26
4.1. Les objectifs et finalités du GHT des Pyrénées Ariégeoises	26
4.2. Les instances du GHT	26
4.2.1. <i>Le Comité Stratégique (COSTRAT)</i>	26
4.2.2. <i>La Commission Médicale de Groupement (CMG)</i>	26
4.2.3. <i>La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médecotechniques de Territoire (CSIRMT-T)</i>	27
4.2.4. <i>La Commission des Usagers de Territoire (CDU-T)</i>	27
4.2.5. <i>La Conférence Territoriale de Dialogue Social (CTDS)</i>	27
4.2.6. <i>Le Comité Territorial des Elus Locaux (COTEL)</i>	27

Article 5. Les autres coopérations, partenariats et réseaux.....	28
Partie 2 : l'organisation institutionnelle	29
Chapitre 3. Le projet d'établissement.....	29
Article 6. Le projet médico-soignant	29
Article 7. Le projet de gouvernance et de management participatif	29
Article 8. Le projet social	29
Article 9. Le projet psychologique	30
Article 10. Le projet immobilier.....	30
Article 11. Le projet performance	30
Article 12. Le projet des usagers	30
Article 13. Le projet écoresponsable.....	31
Article 14. Le projets qualité, gestion des risques et sécurité des soins.....	31
Article 15. Le projet communication.....	31
Article 16. Le projet du SIH.....	31
Chapitre 4. La gouvernance médico-administrative.....	32
Article 17. La direction du Centre Hospitalier	32
17.1. Le directeur du Centre Hospitalier	32
17.2. Les attributions du directeur.....	32
17.3. Les délégations de signature du directeur	34
17.4. Le pouvoir de police du directeur	34
Article 18. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME)	35
Article 19. Le Directoire	36
19.1. Les attributions du Directoire.....	36
19.2. La composition du Directoire	36
19.3. La désignation des membres du Directoire.....	36
19.4. Le fonctionnement du Directoire	37
Article 20. Le Conseil de Surveillance.....	37
20.1. Les attributions du Conseil de Surveillance.....	37
20.2. La composition du Conseil de Surveillance	38
20.3. La désignation des membres du Conseil de Surveillance.....	39
20.3.1. Le Président du Conseil de Surveillance	39
20.3.2. Les membres du Conseil de Surveillance	39
20.4. Le fonctionnement du Conseil de Surveillance	40
Chapitre 5. Les instances consultatives et de dialogue social.....	41
Article 21. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	41
21.1. La composition de la CME	41

21.2. Les modalités de désignation des membres de la CME	42
21.3. Organisation des élections	42
21.3.1 Élection des membres.....	42
21.3.2. Élection de la présidence et vice-présidence	43
21.4. Les attributions de la CME.....	43
Article 22. Les Sous-Commissions de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)	45
22.1. Les commissions et comités relatifs à la qualité et à la sécurité des soins	45
22.1.1. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).....	45
22.1.2. Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	45
22.1.3. La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS).....	46
22.1.4. Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance (CSTH)	46
22.2. Les Commissions Permanentes	46
22.2.1. La Commission des Admissions et des Soins Non Programmés (CASNP)	46
22.2.2. La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS).....	46
22.2.3. La Commission de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), du Développement Professionnel Continu (DPC) et de Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM)	46
22.2.4. Le Comité de Pilotage du Dossier Patient (COPIL Dossier Patient)	47
22.2.5. La Commission Scientifique et Pédagogique	47
22.2.6. L'encadrement de la recherche	48
Article 23 La Commission de l'Activité Libérale (CAL)	48
23.1. Les attributions de la Commission de l'Activité Libérale.....	48
23.2. La composition de la Commission de l'Activité Libérale	49
23.3. La désignation et la fonction des membres de la Commission de l'Activité Libérale	49
23.4. Le fonctionnement de la Commission de l'Activité Libérale	49
Article 24. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT)	50
24.1. Les attributions de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques	50
24.2. La composition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques	50
24.3. La désignation et la fonction des membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques	51
24.4. Le fonctionnement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques	52
Article 25. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)	52
25.1. Les attributions du Comité Social d'Etablissement.....	52
25.2. La composition du Comité Social d'Etablissement.....	53

25.3. La désignation et la fonction des membres du Comité Social d’Etablissement.....	53
25.4. Le fonctionnement du Comité Social d’Etablissement	54
Article 26. Le Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT).....	54
26.1. Les attributions de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail	54
26.2. La composition de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail	55
26.3. La désignation et la fonction des membres de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail.....	56
26.4. Le fonctionnement de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail .	56
Article 27. La Commissions des Usagers (CDU).....	57
27.1. Les attributions de la Commission des Usagers	57
27.2. La composition de la Commission des Usagers.....	57
27.3. Le fonctionnement de la Commission des Usagers.....	58
Article 28. Les Conseils de la Vie Sociale (CVS)	59
28.1. Les attributions des Conseils de la Vie Sociale	59
28.2. La composition des Conseils de la Vie Sociale.....	59
28.3. Le fonctionnement des Conseils de la Vie Sociale	60
Chapitre 6. Les commissions et comités spécialisés.....	62
Article 29. Les Commissions Paritaires.....	62
29.1 La Commission Consultative Paritaire (CCP)	62
29.2 La Commission Administrative Paritaire (CAP).....	62
Article 30. Le Comité d’Ethique et de Bienveillance	64
30.1. Les attributions du Comité d’Ethique et de Bienveillance	65
30.2. La composition du Comité d’Ethique et de Bienveillance	65
30.3. La désignation des membres du Comité d’Ethique et de Bienveillance	65
30.4. Le fonctionnement du Comité d’Ethique et de Bienveillance	65
Article 31. La Commission de Coordination Gériatrique (CCG).....	66
Article 32. Les Référents Institutionnels	66
32.1. Le référent Laïcité.....	66
32.2. Le référent Egalité Femme-Homme	66
32.3. Le référent Handicap	67
32.4. Le référent COVID.....	67
32.5. Le référent des violences faites aux femmes	67
Article 33. La Commission de Formation	68
Partie 3 : l’organisation des structures médicales et de soins	69
Chapitre 7. L’organisation des soins	69

Article 34. Le personnel médical, odontologique et pharmaceutique	69
34.1. Les praticiens inscrits à l'ordre (praticiens hospitaliers, contractuels, assistants et attachés)	69
34.2. Les praticiens associés (non-inscrits à l'ordre)	70
34.3. Les docteurs juniors	70
34.4. Les internes	70
34.5. Les étudiants	71
34.6. Les sages-femmes	71
Article 35. Le personnel paramédical	71
35.1. Le Coordonnateur Général des Soins	71
35.2. Les cadres soignants de pôle	72
35.3. Les cadres de santé	72
35.4. Les professionnels paramédicaux	72
Article 36 Le service social	72
Article 37. L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)	73
37.1. La Direction	73
37.2. Les étudiants et élèves	73
Article 38. La permanence médicale des soins	73
Article 39. La visite médicale quotidienne	73
Article 40. La coordination des soins dispensés	73
Chapitre 8. L'organisation de pôles d'activité	75
Article 41. Les pôles d'activité	75
41.1. Les 6 pôles d'activité du CHIVA	75
41.2. Les missions des pôles d'activité	75
Article 42. La gouvernance clinique et médicotechnique des pôles	76
42.1. Le Chef de pôle	76
42.2. Le Chef de service	76
42.2.1. La nomination du Chef de service	77
42.2.2. Les missions du Chef de service	77
42.3. Le Cadre soignant de pôle	78
42.3.1. La nomination du Cadre soignant de pôle	78
42.3.2. Les missions du Cadre soignant de pôle	78
42.4. Le Cadre de santé du service	78
42.5. Le Directeur de pôle	79
Article 43. Le fonctionnement des pôles	79
43.1. Le dialogue de gestion	79
43.2. Le contrat de pôle	80

43.3. Le projet de pôle.....	81
43.4. Les instances de pilotage.....	81
43.4.1. Le bureau de pôle	81
43.4.2. Les réunions de service	81
Chapitre 9. La démarche qualité, gestion des risques et les dispositifs de vigilance	82
Article 44. La politique qualité	82
44.1. L'organisation de la démarche qualité	82
44.2. La mise en œuvre de la politique qualité	82
44.3. L'organisation de la démarche de certification.....	83
44.4. L'organisation de la démarche d'évaluation de la qualité en ESMS	84
44.5. La gestion des réclamations et des plaintes.....	84
44.6. Les enquêtes et questionnaires.....	85
44.6.1. Le questionnaire de sortie	85
44.6.2. Les enquêtes	85
Article 45. Le comité d'orientation et de coordination de la qualité (COCQ)	85
45.1. Composition	85
45.2. Attributions	86
45.3. Fonctionnement	86
Article 46. La gestion et le signalement des évènements indésirables	86
Article 47. La Gestion des risques : organisations des vigilances sanitaires.....	87
47.1. Le correspondant d'infectiovigilance	87
47.2. Les correspondants de pharmacovigilance	87
47.3. Le correspondant d'hémovigilance	88
47.4. Le correspondant de matériovigilance.....	88
47.5. Le correspondant de réactovigilance	89
47.6. Le correspondant de biovigilance	90
47.7. Le correspondant identitovigilance.....	90
Article 48. La gestion de crise et la mise en œuvre du plan blanc	91
48.1. Les objectifs du Plan Blanc	91
48.2. La cellule de crise.....	92
Article 49. Le développement durable et la gestion des déchets	92
Partie 4 : les dispositions relatives aux droits, libertés et devoirs des patients, et des usagers	93
Chapitre 10. La charte du patient hospitalisé.....	93
Chapitre 11 : Le droit à l'information de l'utilisateur et de ses proches	94
Article 50. L'information générale	94
50.1. Le livret d'accueil.....	94

50.2. Information sur l'identité des professionnels	94
50.3. Information sur la personne de confiance	94
50.4. Information à la famille et aux proches	95
Article 51. Information médicale	95
51.1. Information de l'utilisateur sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications .	95
51.2. Information relative au dossier médical	96
51.3. La communication du dossier médical	96
51.3.1. <i>Les personnes pouvant accéder au dossier médical</i>	97
51.3.2. <i>Les informations du dossier communicables</i>	97
51.3.3. <i>Les modalités d'accès au dossier médical</i>	98
51.3.4. <i>Les délais de communication du dossier médical</i>	99
51.3.5. <i>La facturation de la consultation du dossier médical</i>	99
51.3.6. <i>Les demandes de consultation du dossier médical identifiées comme abusives</i>	99
51.4. La communication des clichés d'imagerie	99
51.5. L'information sur les accidents médicaux, iatrogènes et infections nosocomiales	100
51.6. La transmission d'informations entre professionnels de santé	100
51.7. Le traitement informatique du dossier	101
Chapitre 12 : Le respect de la personne	102
Article 52. Le respect de l'intimité et de la dignité	102
Article 53. Le respect de la liberté d'aller et venir	102
Article 55. Le respect de l'exercice des cultes	102
Article 56. Le respect du droit civique	103
Article 57. Le droit à la qualité des soins	104
Article 58. Le droit à la prise en charge de la douleur	104
Article 59. Le droit à la prise en charge en soins palliatifs	104
Article 60. Les directives anticipées	105
Chapitre 13 : Le consentement de la personne	106
Article 61. Les conditions générales du consentement aux soins	106
Article 62. Le consentement aux soins de la personne en fin de vie	106
Article 63. Le consentement aux soins de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté	106
Article 64. Le consentement aux soins de la personne mineure	107
Article 65. Le consentement aux soins de la personne majeure protégée	107
Article 66. Le refus de soins	107
Chapitre 14 : Les dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons et aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain	109
Article 67. La recherche biomédicale	109

Article 68. Les modalités générales des prélèvements et collectes d'éléments biologiques	109
Article 69. Les produits sanguins labiles	110
69.1. Les produits sanguins labiles	110
69.2. La sécurité transfusionnelle	110
Article 70. Le prélèvement d'organes et de tissus	112
Article 71. Examens de corps	113
Chapitre 15 : Le respect du secret professionnel	114
Article 72. Le secret professionnel	114
Article 73. Le secret professionnel entre professionnels de santé	114
Article 74. Le secret professionnel à l'égard des proches et de la famille	114
Article 75. Le secret professionnel à l'égard de l'autorité judiciaire, des forces de l'ordre et de la préfecture	115
75.1. Le mauvais traitement	115
75.2. L'introduction d'une arme ou de produits stupéfiants	115
Article 76. Le traitement automatisé des données à caractère personnel	116
Article 77. La discrétion demandée par le patient/résident	116
Article 78. La prise de vue et l'utilisation de l'image des personnes	116
Chapitre 16 : Les réclamations et voies de recours	118
Article 79. Les modalités pour porter une réclamation	118
Article 80. La médiation	118
Partie 5 : les dispositions relatives au séjour	120
Chapitre 17 : Les modalités d'accueil	120
Article 81. L'accueil	120
Article 82. Le livret d'accueil	121
Article 83. La prise en charge au titre de l'activité libérale	121
Chapitre 18 : Les modalités de séjour à l'hôpital	123
Article 84. La procédure d'admission	123
84.1. L'accueil du patient lors de l'admission	123
84.2. Les pièces à fournir lors de l'admission	123
84.1.1. Les pièces à fournir pour le dossier d'admission dans un contexte général	123
84.1.2. L'admission dans un contexte où le patient n'est pas couvert par un organisme social	123
84.1.3. L'admission dans un contexte où le patient souhaite une admission sous venue confidentielle	124
84.2. Le choix du régime d'hospitalisation	124
84.2.1. Les régimes d'hospitalisation	124
84.2.2. Les régimes de consultations et de soins externes	124

Article 85. Les principes régissant le séjour du patient	124
85.1. Les règles générales d'admission	124
85.2. Les effets personnels du patient	125
85.2.1. <i>Le dépôt de sommes d'argent, de titres et valeurs, de moyens de règlement et d'objets de valeur</i>	125
85.2.2. <i>La restitution des sommes d'argent, titres et objets de valeur</i>	126
85.2.3. <i>Le sort des objets abandonnés ou non réclamés</i>	126
85.2.4. <i>Cas particulier des personnes décédées</i>	127
85.2.5. <i>Les biens conservés par le patient</i>	127
85.3. Les autorisations de sortie	127
85.4. Les conditions de visites	128
85.4.1. <i>Les conditions générales des visites</i>	128
85.4.2. <i>Les spécificités du service de pédiatrie et médecine chirurgie obstétrique</i>	128
85.5. Les interdictions de pourboires.....	129
85.6. La visite des Officiers Ministériels	129
Article 86. Les services proposés au patient	129
86.1. Les services de téléphonie, micro-informatique et télévision	129
86.1.1 <i>La téléphonie</i>	129
86.1.2. <i>Le courrier</i>	129
86.1.3. <i>La télévision et la presse</i>	130
86.1.4. <i>L'accès à l'Internet</i>	130
86.3. Le service des repas.....	130
86.4. Les modalités relatives au linge personnel et de toilette	131
86.5. L'aumônerie.....	131
86.6. L'interprétariat	131
Article 87. Les modalités des frais de séjour	131
87.1. Le principe de paiement de l'hospitalisation	131
87.2. Les tarifs des consultations externes	131
87.3. Le tarif de l'activité libérale	132
87.4. Le supplément pour une chambre particulière.....	132
87.5. Les prestations fournies pour les accompagnants	132
Chapitre 19 : Les dispositions d'admission du patient	132
Article 88. Les dispositifs d'admission des patients majeurs	132
88.1. Les conditions générales d'admission	132
88.2. L'admission programmée	133
88.3. L'admission non programmée (en urgences).....	133

88.4. Le transfert d'un patient entre les sites de Saint Jean de Verges et de Lavelanet	133
88.5. Le transfert d'un patient hors du Centre Hospitalier après admission	134
85.6. L'admission d'un patient au Centre Hospitalier suite à un transfert	134
88.7. L'admission sur décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé	134
88.8. L'admission en structure alternative à l'hospitalisation à temps complet	135
Article 89. L'admission du patient mineur	135
89.1. Les dispositions générales d'admission du patient mineur	135
89.2. L'application de l'autorité parentale	135
89.3. Les dispositions spécifiques d'admission du patient mineur	136
89.3.1. <i>L'admission du patient mineur sans l'accord de l'autorité parentale</i>	136
89.3.2. <i>L'admission du patient mineur relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)</i>	136
89.3.3. <i>L'admission du patient mineur étranger isolé</i>	136
89.3.4. <i>L'admission du patient mineur victime de maltraitance au sein de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED)</i>	137
89.3.5. <i>L'admission du patient mineur en soins sans consentement</i>	137
89.3.6. <i>La scolarisation du mineur après l'admission</i>	137
89.3.7. <i>L'autorisation de sortie du mineur en cours d'hospitalisation</i>	137
89.3.8. <i>L'information du mineur et le consentement aux soins</i>	137
89.3.9. <i>Le respect de la confidentialité du soin à la demande du mineur</i>	138
89.3.10. <i>La sortie du mineur en fin d'hospitalisation</i>	138
Article 90. Les dispositions spécifiques relatives à l'admission en urgence	138
90.1.1. <i>L'accueil et l'admission en urgence</i>	139
90.1.2. <i>Les spécificités de la prise en charge des patients dans le cadre de la régulation des soins par le Service d'Accès aux Soins (SAS09)</i>	139
90.1.3. <i>Les spécificités selon les situations et demandes du patient</i>	139
90.1.4. <i>Les spécificités selon les symptômes décrits par le patient</i>	139
90.1.5. <i>L'admission en cas d'afflux massif des patients</i>	140
90.1.6. <i>L'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital</i>	140
Article 91. L'admission des femmes enceintes	141
91.1. Les dispositions générales d'admission en maternité	141
91.2. Les dispositions spécifiques d'admission des femmes enceintes	141
91.2.1. <i>L'admission pour accouchement sous le secret de la grossesse ou de la naissance</i>	141
91.2.2. <i>L'admission des femmes désirant bénéficier d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)</i>	141
Article 92. Les dispositions relatives à la naissance	142
92.1. La déclaration de naissance	142

92.2. La déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale	143
Article 93. L'admission du patient majeur protégé	143
93.1. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice	143
93.1.1. <i>L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice hors urgences</i>	143
93.1.2. <i>L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en situation d'urgence</i>	143
93.1.3. <i>L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en refus de soins</i>	144
93.2. L'admission du majeur protégé sous tutelle	144
93.2.1. <i>L'admission du majeur protégé sous tutelle hors urgence</i>	144
93.2.2. <i>L'admission du majeur protégé sous tutelle en situation d'urgence</i>	144
93.2.3. <i>L'admission du majeur protégé sous tutelle en refus de soins</i>	144
Article 94. L'admission d'un patient en situation de handicap	144
94.1. Les dispositions générales de l'admission d'un patient en situation de handicap	144
94.2. L'admission d'un patient malvoyant ou malentendant	145
Article 95. L'admission du patient dépendant d'une instance gouvernementale	145
95.1. L'admission du patient militaire	145
95.2. L'admission du patient exerçant en tant que gendarme, policier ou dans le secteur pénitentiaire	145
95.3. L'admission du patient bénéficiaire de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre	145
Article 96. L'admission du patient étranger	146
Article 97. L'admission du patient souffrant d'addictologie et/ou de toxicomanie	146
Article 98. L'admission d'une personne victime de violences conjugales	146
Article 99. L'admission d'un patient ayant la qualité d'évacué sanitaire	147
Article 100. L'admission d'un patient blessé par arme	147
Article 101. L'admission du patient après une tentative de suicide	147
Article 102. L'admission du patient amené par les forces de l'ordre	148
102.1. Le patient amené par les forces de l'ordre en état d'ivresse	148
102.2. Le patient nécessitant une constatation d'ordre médical ou des examens techniques ou scientifiques	148
Article 103. L'admission du patient réalisant une grève de la faim	149
103.1. Le patient est en capacité de décider	149
103.2. Le patient n'est pas en capacité de décider	149
103.3. Le patient est détenu ou gardé à vue	149
Article 104. L'admission des personnes détenues ou en garde à vue	150
104.1. L'admission du patient en situation de détention	150
104.1.1. <i>Les dispositions générales d'admission du patient détenu</i>	150

104.1.2. L'admission pour hospitalisation du patient détenu	150
104.2. L'admission du patient en situation de garde à vue	151
104.3. Les auditions par les autorités de police	151
Article 105. L'admission des patients en soins psychiatriques	151
Chapitre 20 : La sortie du patient.....	153
Article 106. Les compétences du directeur du centre hospitalier	153
Article 107. Les modalités de sortie	153
Article 108. La sortie du nouveau-né	154
Article 109. La sortie contre avis médical	154
Article 110. La sortie à l'insu de l'établissement	154
Article 111. La sortie par mesure disciplinaire	155
Chapitre 21 : Les dispositions relatives au décès	156
Article 112. L'attitude à suivre à l'approche du décès	156
Article 113. L'annonce du décès.....	156
Article 114. Les formalités entourant le décès	157
Article 115. Les soins de conservation	157
Article 116. La dévolution des biens des hospitalisés décédés.....	158
Article 117. Les indices de mort violente ou suspecte	158
Article 118. Les modalités relatives au transport et à la chambre funéraire sur les sites de Saint Jean de Verges et de Lavelanet	158
118.1 Le dépôt des corps à la chambre mortuaire	158
118.2. Le transport sans mise en bière en chambre funéraire	159
118.3. Le transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche	159
118.4. La mise en bière et le transport après la mise en bière	160
Article 119 Les modalités relatives aux opérations funéraires	160
119.1. Les opérations funéraires.....	160
119.2. Le libre choix des opérateurs funéraires.....	160
119.3. La liberté des funérailles, dispositions testamentaires.....	161
119.4. Les opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale	161
Article 120. Le don du corps aux établissement d'hospitalisation, d'enseignement et de recherche	162
Partie 6 : les dispositions relatives aux professionnels	163
Chapitre 22 : Les principes généraux liés au service public et au respect des usagers	163
Article 121. Le principe de continuité	163
Article 122. Le principe de neutralité du service public	164
Article 123. Le devoir général de réserve, le respect de la liberté de conscience et d'opinion, le devoir de neutralité	165

Chapitre 23 : L'obligation du respect du confort des usagers.....	166
Article 124. L'obligation d'accueillir et d'informer les patients, les usagers et les familles	166
Article 125. Le respect du secret professionnel.....	166
125.1. Les dispositions générales.....	166
125.2. Le partage d'information.....	167
125.3. L'obligation de discrétion professionnelle	167
Article 126. Le respect de la liberté de conscience et d'opinion.....	168
Chapitre 24 : Les principes de bonne conduite professionnelle	169
Article 127. L'assiduité et la ponctualité.....	169
Article 128. L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique	169
Article 129. Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique	169
Article 130. Le signalement des événements indésirables	170
Article 131. Le bon usage des biens du Centre hospitalier	170
Article 132. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité	170
Article 133. L'exigence d'un comportement général adapté	171
133.1. L'exigence d'une tenue appropriée.....	171
133.2. L'exigence d'un langage correct.....	172
133.3. La lutte contre le bruit.....	172
Article 134. La promotion de la bientraitance et la sollicitude envers les usagers	172
Article 135. L'obligation de déposer les biens confiés par le patient ou trouvés dans le Centre Hospitalier	173
Article 136. L'obligation de désintéressement	173
Article 137. Absence de conflit d'intérêts.....	173
Article 138. L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative et l'obligation de se consacrer à ses fonctions	173
Article 139. Les règles du cumul d'activité	174
Article 140. L'impossibilité de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce	174
Article 141. L'identité des professionnels.....	175
Article 142. L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux	175
142.1. L'utilisation des réseaux sociaux	175
142.2. L'utilisation d'internet	176
142.3. L'utilisation de la messagerie professionnelle	176
Article 143. L'usage du téléphone.....	176
Article 144. La responsabilité des effets et biens personnels	176
Article 145. Le respect de la charte graphique	177
Article 146. L'affichage de documents.....	177

Chapitre 25 : Les droits et garanties du personnel	178
Article 147. La liberté de conscience et d'opinion et non-discrimination	178
Article 148. La liberté d'expression directe et collective	178
Article 149. Le droit de grève	178
Article 150. La liberté syndicale et le droit syndical	179
Article 151. L'égalité de traitement et le principe de non-discrimination	179
Article 152. La protection des professionnels	180
152.1. Le dispositif de recueil et d'écoute des signalements d'actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes ou sexuels	180
152.2. La protection fonctionnelle	181
152.3. Le droit de retrait	181
Article 153. Le droit à la formation professionnelle	182
Article 154. Le droit d'accès au dossier administratif	182
Article 155 : Le droit à la déconnexion	183
Article 156. Les dispositions relatives à l'organisation du temps de travail	183
Article 157 : L'hygiène et la sécurité des conditions de travail	183
Chapitre 26 : La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale	184
Article 158. L'attention portée à la prévention des risques professionnels	184
158.1. Le dispositif de médiation professionnelle	184
158.2. Le dispositif de médiation professionnelle	184
Article 159. Le service de prévention et de santé au travail (SPST)	185
Article 160. Le service social du personnel	186
Article 161. Les référents RH	186
Article 162. L'obligation de vaccination	186
Article 163. La prise en charge des soins du personnel par l'établissement	186
Article 164. L'accueil et l'intégration du nouvel arrivant au sein du Centre Hospitalier	187
Article 165. Les services à la disposition du personnel du Centre Hospitalier	187
165.1. La restauration sur place	187
165.2. La blanchisserie	188
165.3. Le vestiaire.....	188
165.4. Les dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnement.....	188
165.5. La vie sportive et culturelle	188
Article 166. L'organisation des gardes	189
166.1. Les gardes administratives et techniques	189
166.2. Les gardes médicales (la permanence des soins – service de garde).....	189

166.3. Les gardes paramédicales et médicotechniques.....	190
Partie 7 : les dispositions relatives à la sécurité et à l'environnement	191
Chapitre 27 : Les dispositifs générales relatives à la sécurité	191
Article 167. L'opposabilité des règles de sécurité	191
Article 168. Les professionnels en charge de la sécurité et de la sûreté	192
168.1. Dispositions générales relatives aux professionnels de sécurité	192
168.2. L'intervention des professionnels de sécurité	192
Article 169. Les matériels et dispositifs de sécurité générale	193
Chapitre 28 : Les règles générales de sécurité	194
Article 170. La sécurité des personnes.....	194
Article 171. La sécurité des biens	194
Article 172. Le respect du calme et de la tranquillité au sein du Centre Hospitalier	194
Article 173. Les dispositions relatives à l'accès au Centre Hospitalier	195
173.1. Les dispositions générales.....	195
173.2. Les dispositions spécifiques	195
173.2.1. L'accès des associations conventionnées	195
173.2.2. L'accès des bénévoles agissant pour le compte des associations	196
173.2.3. L'accès aux stagiaires extérieurs	196
173.2.4. L'accès des prestataires extérieurs.....	196
173.2.5. L'accès des professionnels de presse	197
173.2.6. L'accès des visiteurs médicaux et des personnes exerçant des métiers de promotion de produit de santé	197
173.2.7. L'accès des visiteurs.....	197
173.2.8. L'accès aux animaux.....	198
Article 174. L'interdiction d'accès à toute personne non autorisée	199
Article 175. L'interdiction de dissimulation du visage	199
Chapitre 29 : Les règles relatives à l'interdiction de fumer, devapoter, à l'alcool et aux stupéfiants	200
Article 176. L'interdiction de fumer et de vapoter	200
Article 177. Les dispositions générales relatives à la consommation d'alcool et de stupéfiants	200
Article 178. L'interdiction de consommation d'alcool et de stupéfiants pour les professionnels du Centre Hospitalier	201
Chapitre 30 : Les règles de sécurité de fonctionnement	202
Article 179. La recherche de la maîtrise des risques	202
Article 180. La sécurité incendie	202
180.1. La sécurité générale et registre de sécurité	202
180.2. La formation des professionnels	203

Article 181. La sécurité technique	203
Article 182. L'utilisation des véhicules de service du CHIVA.....	204
Article 183. La sécurité informatique.....	204
Chapitre 31 : Les règles relatives à la voirie, aux accès, à la circulation et au stationnement	205
Article 184. La nature de la voirie hospitalière.....	205
Article 185. Les dispositions générales d'accès	205
Article 186. Les dispositions générales de stationnement et de circulation	206
Article 187. La limitation de la responsabilité du Centre Hospitalier en matière de stationnement et de circulation	206
Chapitre 32 : Les liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la préfecture	207
Article 188. Les dispositions générales des liens de coopération avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture	207
Article 189. Les règles de responsabilité du CHIVA	207
Article 190. Les dispositions générales en cas de vol et dégradation	208
190.1. Les vols ou dégradations au préjudice d'un patient, d'un visiteur ou d'un membre du personnel hospitalier.....	208
190.2. Les vols ou dégradations au préjudice du Centre Hospitalier.....	208
190.2.1. Les vols de médicaments, de dispositifs médicaux et de produits stupéfiants.....	208
190.2.2. Les vols d'ordonnances et de tampons.....	208
Article 191. Les dispositions générales en cas de troubles à l'ordre public	208
Article 192. Les dispositions générales en cas d'infraction pénale	209
Article 193. Les dispositions générales relatives aux armes et substances dangereuses	209
Article 194. La situation de suicide au sein du Centre Hospitalier.....	209
Article 195. Le patient présente des signes de radicalisation	210
Article 196. La protection des professionnels hospitaliers	210
Article 197. Les perquisitions, saisies et réquisition.....	211
197.1. La perquisition	211
197.2. La remise volontaire sur réquisition.....	211
197.3. La saisie d'un dossier médical sur commission rogatoire	212
197.4. La réquisition : examens techniques ou scientifiques, certificats médicaux	212
Article 198. Les témoignages en justice des professionnels du Centre Hospitalier	213
Article 199. Le Plan Vigipirate	213
Partie 8 : les dispositions relatives au règlement intérieur	214
Chapitre 33 : La procédure d'adoption du règlement intérieur.....	214
Article 200. L'adoption du règlement intérieur.....	214
Article 201. L'opposabilité du règlement intérieur	214

Article 202. La mise à disposition et la communication du règlement intérieur	214
202.1. La mise à disposition pour les usagers et les tiers	214
202.2. La mise à disposition pour les professionnels exerçant au sein du Centre Hospitalier	214
Chapitre 34 : La modalités de révision et de modification du règlement intérieur	215
Article 203. Modalités de révision du règlement intérieur	215
Article 204. Modalités de modification du règlement intérieur	215
Partie 9 : liste des sigles et acronymes	216
Partie 10 : annexes	220
Annexe 10-1 Charte de Bientraitance	220
Annexe 10-2 Charte du patient hospitalisé.....	220
Annexe 10-3 Charte Administrateur - Sécurité pour le personnel informatique	220
Annexe 10-4 Charte informatique.....	220
Annexe 10-5 Charte Romain JACOB	220
Annexe 10-6 Organisation institutionnelle et organigrammes.....	220
Annexe 10-7 Règlement de fonctionnement de l'EHPAD	220
Annexe 10-8 Liste nominative des correspondants pour les vigilances.....	220
Annexe 10-9 Plan Blanc.....	220
Annexe 10-10 Procédure de gestion des déchets.....	220

Introduction générale

Le présent règlement intérieur est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles contenues dans le Code de la Santé Publique.

Il se substitue aux dispositions antérieurement en vigueur. Il est complété par toutes dispositions portant règlement intérieur des structures hospitalières ou d'activités spécifiques, tels que les différentes chartes ou règlements spécifiques applicables le cas échéant dans divers secteurs, pôles ou services de l'établissement qui se réfèrent au règlement intérieur de l'établissement.

Le règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège¹, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers et des visiteurs, de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers ainsi que des droits et devoirs du personnel.

Le Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège est chargé de veiller à l'application et à l'exécution du présent règlement intérieur, qui s'applique sur l'ensemble des sites de l'établissement (site principal MCO-SMR, site du pays d'Olmes MCO-SMR, IFMS, EHPAD, services et unités délocalisés, voies terrestres de circulation et de stationnement du Centre Hospitalier, internat et ensemble des lieux mis à disposition des personnels et étudiants).

Ce document doit pouvoir être consulté par toute personne intéressée ; il est donc à la disposition du personnel, des usagers 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 également consultable sur intranet et sur le site internet du Centre Hospitalier.

Opposabilité du règlement intérieur

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège est opposable à tous, et notamment :

- à tous les patients, usagers et résidents ;
- à tous les accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs, etc.) ;
- à tous les membres du personnel employés par l'établissement, quel que soit leur statut ;
- à tous les stagiaires intervenant au Centre Hospitalier, dans le cadre d'une convention de stage ;
- aux étudiants hospitaliers, étudiants en médecine, pharmacie et odontologie et étudiants des écoles paramédicales ;
- à tous les intervenants extérieurs dans le cadre d'une mission ponctuelle, et plus généralement à tout tiers qui pénètre sur l'un des sites du Centre Hospitalier.

¹ Le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège est dénommé « Centre Hospitalier ». Cette dénomination renvoie à l'ensemble des sites du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège.

Partie 1 : les dispositions générales

Chapitre 1. Statuts, sites et missions

Article 1. Les statuts

Le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège, communément appelé CHIVA, est un établissement public de santé régi par le Code de la santé publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Il est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises, dont les établissements parties sont les Centres Hospitaliers Ariège Couserans et Saint Louis ainsi qu'à titre facultatif, l'ESMS La Vergnière et la résidence Jules Rousse.

Le siège du CHIVA est situé :

Chemin de BARRAU – BP 90064

09017 FOIX Cedex

Les identifiants du CHIVA sont :

Identifiant SIREN : 260 900 238

Identifiant SIRET : 260 900 238 00148

FINESS juridique : 09 078 177 4

Article 2. Les différents sites

2.1. Le site principal

Le CHIVA, dont le site principal Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) a été inauguré en 2000 à Saint Jean de Verges suite au regroupement des anciens hôpitaux de Pamiers et de Foix, offre un large panel d'expertises qui répondent aux besoins de santé, et à leurs évolutions, d'un bassin de population de plus de 150 000 habitants.

Le site principal regroupe plus de 10 services de soins, de médecine, chirurgie, obstétrique, et médicotechniques, et propose des hospitalisations complètes et de jour, un plateau de consultations et un plateau technique (bloc opératoire, imagerie, dialyse, etc.).

2.2. Le site du Pays d'Olmes

Par arrêté en date du 28 novembre 2017 de la Directrice Générale de l'ARS Occitanie, le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège et le Centre Hospitalier du Pays d'Olmes ont fusionné pour devenir le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège : CHIVA.

Centré sur la proximité, l'Hôpital du Pays d'Olmes offre le cadre hospitalier nécessaire aux médecins de ville pour y suivre leurs patients et contribue au maintien des personnes dépendantes et vulnérables dans leur milieu de vie, le tout en cohérence avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Pyrénées Cathares.

2.3. L'Hospitalisation à Domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile est **une structure de soins alternative à l'hospitalisation traditionnelle** ayant pour finalité d'éviter ou de raccourcir les séjours en établissements de santé.

Elle permet la prise en charge de patients quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de leur état de santé.

Des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, différents de ceux habituellement dispensés à domicile de par la complexité et la fréquence des actes, sont réalisés avec les **mêmes garanties de qualité et de sécurité qu'à l'hôpital**.

Le service d'HAD territorial dispose de 45 places et a recours au plateau technique du CHIVA ainsi qu'au laboratoire d'analyse biologique.

Il est installé dans des locaux excentrés du CHIVA situés au 5 rue Aimé Césaire, Quartier Labarre, 09000 FOIX.

2.4. Les EHPAD

Le CHIVA compte 4 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) représentant une capacité totale de 353 lits.

2.4.1. Les différents sites d'EHPAD

La résidence du Bariol

La résidence du Bariol est située 1 chemin de Cailloup à 09100 PAMIERS. Elle dispose d'une capacité de 130 lits répartis sur 3 secteurs :

- 2 secteurs de chacun 50 lits d'EHPAD prenant en charge et prévenant les dépendances des personnes âgées de plus de 60 ans tout en gérant le maintien de l'autonomie et assurant l'accompagnement de fin de vie.
- Un secteur de 30 lits adapté aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées, dont 14 en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).

La résidence du Bariol dispose également de 12 places d'accueil de jour.

La résidence de Bellissen

La résidence de Bellissen est située 9 Avenue Jean Monnet à 09000 FOIX. Elle dispose d'une capacité de 100 lits. L'établissement prend en charge et prévient les dépendances des personnes de plus de 60 ans tout en gérant le maintien de l'autonomie restante.

La résidence de Bellissen dispose également de 12 places d'accueil de jour et d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

La résidence du Touyre

Idéalement positionnée en centre-ville, sur la Prairie de Madame à 09300 LAVELANET, la résidence du Touyre dispose d'une capacité de 83 lits sur 2 secteurs :

- 1 secteur de 45 lits d'EHPAD prenant en charge et prévenant les dépendances des personnes âgées de plus de 60 ans tout en gérant le maintien de l'autonomie et assurant l'accompagnement de fin de vie.
- Un secteur de 38 lits adapté aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées.

La résidence du Touyre dispose également de 8 places d'accueil de jour.

La résidence du Touyre héberge un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 28 places assorti d'une équipe spécialisée Alzheimer qui prend en charge 10 personnes.

La résidence des Ormes

La résidence des Ormes est située 4 rue Salvador Allende à 09600 LAROQUE D'OLMES. Elle dispose d'une capacité de 40 lits. L'établissement prend en charge et prévient les dépendances des personnes de plus de 60 ans tout en gérant le maintien de l'autonomie restante.

2.4.2. Le règlement de fonctionnement spécifique à l'EHPAD

Le règlement de fonctionnement (disponible dans la GED) est un document obligatoire propre aux Etablissements ou Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS).

Le règlement de fonctionnement doit être remis :

- à toute personne accueillie ou à son représentant lors de son arrivée dans la structure en annexe au livret d'accueil ;
- à toute personne qui exerce une activité (salariée, libérale) ou qui intervient à titre bénévole dans la structure.

Il doit être affiché dans les locaux de l'établissement ou du service. Il a pour finalité :

- De poser les règles de l'organisation interne d'une structure (notamment celles qu'implique la vie en collectivité) ;
- De constituer un cadre de référence des droits et des devoirs de chacun ;
- D'apporter une marche à suivre face à un problème qui peut survenir dans l'établissement afin d'éviter l'arbitraire.

Le règlement de fonctionnement fixe les **règles** essentielles de **vie collective** et notamment les **obligations** faites aux personnes pour permettre la réalisation des prestations qui leur sont nécessaires.

Textes de référence

Article L. 311-7 du Code de la santé publique

Articles R. 311-35 à 311-37 du Code de la santé publique

2.5. L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)

L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé est situé 10 rue St Vincent à 09100 PAMBIERS. Il est composé d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), d'un Institut de Formation Aide-Soignant (IFAS) et d'un Institut de Formation Auxiliaire de Puériculture (IFAP).

Le projet pédagogique de l'IFMS de Pamiers centré sur la professionnalisation et la qualité des pratiques se décline en référence aux textes régissant les formations sanitaires et vise « *l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité* ».

Dans un cadre propice à l'apprentissage qui concilie excellence et modernité, toute l'équipe de formateurs met son expertise au profit d'une pédagogie interactive, qui répond aux besoins et aux exigences de qualité attendues. Un self, un foyer étudiant et un centre de documentation sont à la disposition des étudiants tout au long de l'année. Au niveau de l'infrastructure, depuis 2014, un laboratoire permet d'intégrer la simulation en santé dans le projet de formation.

Depuis de nombreuses années, toute l'équipe des Instituts de Formation du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège est engagée dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. La direction et l'équipe développent un Système de Management de la Qualité (SMQ) en lien avec les exigences certificatives AFNOR ISO 9001 (certification depuis 2016) et QUALIOPI.

La politique qualité se décline autour de 3 axes :

- Amélioration continue de la qualité des prestations et des pratiques selon une approche processus ;
- Implication et écoute des personnes en formation et des partenaires ;
- Prévention et gestion des risques en lien avec les activités

Depuis 2014, l'IFMS de Pamiers s'est engagé à promouvoir les échanges avec d'autres pays en signant la charte ERASMUS.

2.6. L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)

L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire est un service de l'hôpital installé au sein même de la Maison d'Arrêt de Foix qui permet de répondre aux besoins de santé de la population carcérale.

2.7. L'Unité d'Accueil des Victimes (UAV) et la Maison des Femmes

Cette unité basée à PAMBIERS, 9 rue d'Enrouge, s'adresse aux victimes de violence : agressions, violences conjugales, sexuelles, routières qui pourront bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire liée à la collaboration de multiples acteurs : 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).

Adossée à l'UAV, la Maison des Femmes vient renforcer son activité en proposant un ensemble de compétences sanitaires dans le champ clinique et de l'accompagnement psychosocial des femmes victimes de violences.

2.8. L'Unité d'Accueil Pédiatrique pour les Enfants en Danger (UAPED)

L'objectif de l'UAPED est d'offrir dans un lieu unique et adapté, avec du personnel formé, un accueil des mineurs victimes de toute forme de violence, incluant la maltraitance et les négligences dans le cas de suspicion de violence ou de violence avérée afin qu'ils puissent bénéficier d'un parcours de soins adapté à leurs besoins et à leur situation.

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

Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaines, des hépatites virales et des MST (CeGIDD) permet, outre l'information sur les risques et le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles, 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 CHIVA héberge également l'antenne ariégeoise du Centre de Lutte contre la Tuberculose (CLAT 09) et le Centre de Vaccination (CV) de l'hôpital Joseph DUCUING.

Le CEGIDD, le CLAT09 et le CV sont situés à PAMBERS, 20 rue Charles de Gaulle. Une antenne du CEGIDD est installée à Saint GIRON, 22 rue Petite Villefranche.

2.10. La participation à la lutte contre les exclusions

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), 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.

Depuis janvier 2022, une PASS dentaire est également mise en œuvre en partenariat avec la Faculté d'Odontologie de Toulouse.

Les PASS généraliste et dentaire sont situées à PAMBERS, 20 rue Charles de Gaulle.

2.11. Les consultations dentaires dédiées aux personnes en situation de handicap

Ouvertes depuis le 6 janvier 2023, un dispositif de consultations dentaires dont les locaux sont situés à PAMBERS, 20 rue Charles de Gaulle, permet d'accueillir des personnes en situation de handicap avec un accompagnement spécifique et adapté à chaque situation.

2.12. Le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) Centre 15 et le Service d'Accès aux Soins (SAS)

Les locaux du SAMU 09 abritant le C.R.R.A.09 (Centre de Réception et Régulation des Appels d'urgence) et le Service d'Accès aux Soins (SAS) sont situés à FOIX, 31bis avenue du Général de Gaulle, au sein de la plateforme commune SAMU-SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours).

2.13. Le CESU

Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence rattaché au pôle des Urgences du CHIVA dispense des formations initiales et continues en soins d'urgence au quotidien et en situation d'exception. Ces enseignements sont essentiellement destinés aux personnels médicaux, paramédicaux et à tout professionnel travaillant dans le milieu sanitaire et médico-social rentrant dans la chaîne des secours.

2.14. Le Centre Périnatal de Proximité (CPP)

Le Centre Périnatal de Proximité propose une offre complète de soins : consultations avant et après l'accouchement, préparation à la naissance, échographies, mais aussi des suivis gynécologiques et des consultations pédiatriques. Positionné sur le site de Lavelanet, le CPP est animé par une équipe de gynécologues, pédiatres et de sages-femmes.

2.15. La Résidence Jules Rousse : établissement en direction commune

Le CHIVA assure la direction commune de la Résidence Jules Rousse située à TARASCON/ARIEGE, site LAFRAU conformément à la convention du 25 janvier 2022.

La Résidence Jules Rousse dispose d'un EHPAD de 110 lits assorti d'un accueil de jour de 6 places. Elle héberge un SSIAD de 29 places.

Article 3. Les missions

Le Centre Hospitalier a pour missions d'assurer, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Il participe à des actions de santé publique, ainsi qu'au dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire.

Textes de référence

Articles L6111-1, L6111-2, L6111-3, L6111-5, L6112-1, L6112-2, L6112-5, 6112-6, L6122-7 du Code de la santé publique

En tant qu'établissement public de santé, le CHIVA est chargé d'assumer les missions de service public suivantes :

- 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 ;
- Participer à des actions de santé publique, notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention ;
- 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 ;
- Dispenser, avec ou sans hébergement :
 - Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique 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.
 - 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 :

- À l'urgence et à la permanence des soins,
- 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'efficience,
- 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. À 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 qualité de l'établissement et faisant l'objet à ce titre d'évaluations régulières.

Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité :

L'établissement s'inscrit dans le processus de certification par la Haute Autorité de Santé (HAS). 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, ...).

Il s'inscrit également dans le processus d'évaluation de la qualité au sein des EHPAD.

L'établissement

- Garantit à tout patient, usager, résident l'égal accès à des soins de qualité qu'il dispense sans aucune discrimination ;
- Participe à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec le Conseil Départemental pour les compétences qui le concerne ;
- Mène, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Le Centre Hospitalier est soumis au contrôle de l'État. Ce contrôle est exercé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Occitanie.

Chapitre 2. Coopérations

Article 4. Le Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé la notion juridique nouvelle de Groupement Hospitalier de Territoire. Le GHT est un dispositif obligatoire pour l'ensemble des établissements publics de santé.

Le GHT des Pyrénées Ariégeoises est composé des établissements suivants :

- Le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège, établissement support du GHT
- Le Centre Hospitalier Ariège Couserans
- Le Centre Hospitalier Saint Louis
- La Résidence Jules Rousse, à titre facultatif
- L'ESSMS La Vergnière, à titre facultatif

4.1. Les objectifs et finalités du GHT des Pyrénées Ariégeoises

Le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Les établissements signataires positionnent leurs actions au sein du Groupement Hospitalier de Territoire dans une stratégie de groupe public.

4.2. Les instances du GHT

4.2.1. Le Comité Stratégique (COSTRAT)

Le Comité Stratégique est présidé par le Directeur de l'établissement support, à savoir le Directeur du CHIVA.

Il se prononce sur la mise en œuvre de la convention constitutive et la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé ainsi que sur la gestion et la conduite des fonctions mutualisées du GHT.

Il élabore et adopte le règlement intérieur du GHT après consultation des instances communes et des instances des établissements parties.

Il reçoit des avis de la CMG et de la CSIRMT-T.

Il suit l'activité des établissements parties en lien avec le médecin DIM de territoire.

Il donne un avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge du patient, le projet médico-soignant partagé, la politique de recherche clinique, la politique de recrutement des emplois médicaux, les programmes d'investissement, l'EPRD, les comptes combinés, le rapport annuel portant sur l'activité des établissements, la politique de formation initiale et continue du personnel infirmier, médicotechnique et de rééducation.

4.2.2. La Commission Médicale de Groupement (CMG)

La Commission Médicale de Groupement anime la réflexion médicale de territoire du groupement.

Elle participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des établissements membres du GHT.

Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et à l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle donne un avis sur le projet médico-soignant de territoire, le règlement intérieur de la CMG, le programme d'investissement concernant les équipements médicaux des différents établissements du GHT, le plan de développement médical continu des établissements du GHT.

Elle est informée sur le bilan financier du GHT, les programmes d'investissement, les CPOM, la politique de recrutement des emplois médicaux, la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé, les avis et comptes rendus de la CSIRMT-T.

4.2.3. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques de Territoire (CSIRMT-T)

Elle participe et donne son avis sur la mise en œuvre des axes paramédicaux du projet médico-soignant de territoire, de l'organisation générale des soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins, les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers, la recherche et l'innovation paramédicales, la politique de développement professionnel continu, la politique d'encadrement des étudiants paramédicaux, la convention constitutive du GHT et ses avenants .

4.2.4. La Commission des Usagers de Territoire (CDU-T)

Elle promeut les droits des usagers et veille à leur respect au sein du GHT, agit pour l'harmonisation des pratiques en matière de droits des usagers, et contribue à l'amélioration des prises en charge entre les établissements membres du groupement. Elle facilite les démarches des usagers au sein du GHT.

Elle analyse les plaintes et réclamations des usagers relatifs à leurs parcours au sein du GHT, s'assure que les mesures prises par le GHT ne contreviennent pas aux droits des usagers et ne nuisent pas à la qualité de l'accompagnement et des prises en charge. Elle est informée des événements indésirables graves.

Elle donne un avis sur le projet médico-soignant partagé, la politique qualité, de sécurité et de pertinence des soins de territoire, et la politique d'accueil au sein du GHT.

Elle élabore le projet des usagers du groupement.

4.2.5. La Conférence Territoriale de Dialogue Social (CTDS)

La Conférence Territoriale de Dialogue Social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du Groupement Hospitalier de Territoire.

4.2.6. Le Comité Territorial des Elus Locaux (COTEL)

Il est chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du GHT.

Il peut émettre des propositions en ce sens et est informé des suites données.

Il est informé sur la stratégie et la gestion du GHT, la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, le règlement intérieur du GHT, le bilan financier du GHT, les programmes d'investissement, et la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé.

Article 5. Les autres coopérations, partenariats et réseaux

Le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège contribue à de nombreuses actions de politique sanitaire en participant à des réseaux de santé, à des groupements de coopération territoriale et assure la collaboration des établissements entre eux à travers de nombreuses conventions.

Groupements de coopération sanitaire

- Regroupement des IFSI régionaux
- GCS laboratoire de biologie médicale CHIVA/CHAC
- GCS e-santé
- GCS de cancérologie publique

Réseaux de santé ville/hôpital

- Réseau de médecine vasculaire (cicat-occitanie)
- 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 : consultation avancée de néphrologie, coopération en cancérologie, mise à disposition de pédiatres.
- Avec le Centre Hospitalier Saint Louis : consultations avancées de gynécologie et de pédiatrie.
- Avec la Résidence Jules Rousse de Tarascon sur Ariège dans le cadre d'une direction commune.
- Avec le CHU de Toulouse : conventions cadre et avenants, convention d'association au GHT, conventions d'intervention avec des praticiens spécialistes, conventions de formation, association H2O et entité recherche de l'hémi-région Ouest-Occitanie.

Convention de co-utilisation d'équipement

- Scanner avec des radiologues libéraux

Coopération public/privé

- Groupement d'Intérêt Economique (GIE) IRM

Animation de réseaux

- Réseau d'hygiène hospitalière
- Unité mobile d'hygiène
- Unité mobile de gériatrie / unité mobile de gériatrie territoriale
- Equipe parcours santé personnes âgées
- Equipe mobile de soins palliatifs

Partie 2 : l'organisation institutionnelle

Chapitre 3. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement définit la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche et comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médico-soignant, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management participatif. Il comprend également un projet spécifique aux EHPAD.

Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

Article 6. Le projet médico-soignant

Le projet médico-soignant regroupe le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques dans une démarche de prise en charge globale des usagers et d'exhaustivité des parcours de soins. Il définit les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médicotechniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population. Le projet médico-soignant prend en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques. Il définit également les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours des patients.

Article 7. Le projet de gouvernance et de management participatif

Selon l'article L6143-2-3 du Code de la santé Publique, « le projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement.

Il prévoit les modalités de désignation des responsables hospitaliers. Il tient compte, en cohérence avec le projet social, des besoins et des attentes individuels et collectifs des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap.

Il comporte un volet spécifique à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé. Il porte également sur les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes en responsabilité.

Il comprend enfin des actions de sensibilisation aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de prévention des risques psychosociaux auxquels peuvent être exposés de manière spécifique les personnels soignants, médicaux et paramédicaux ».

Article 8. Le projet social

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de

travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Article 9. Le projet psychologique

Le projet psychologique vise à instaurer une représentation de la profession dans l'institution garantissant la prise en compte de la dimension psychologique à différents niveaux et adaptée à l'exercice des psychologues et de la psychologie. Il est fondé sur une réflexion collective des psychologues du Centre Hospitalier.

Article 10. Le projet immobilier

Le projet immobilier ambitionne de pérenniser et développer les activités de l'établissement en optimisant l'utilisation des locaux actuels, en réalisant les extensions et constructions nécessaires. Ces évolutions des locaux tiennent compte des contraintes architecturales des différents sites, de la démarche de développement durable engagée par le Centre Hospitalier et des capacités financières de l'établissement.

Article 11. Le projet performance

Le projet performance décline la stratégie budgétaire et financière de l'établissement.

Article 12. Le projet des usagers

La loi du 4 mars 2002 a consacré les droits pour les patients. Au-delà des aspects réglementaires, c'est l'ensemble du positionnement du patient qui a évolué au cours de ces dernières années. D'un individu passif dans sa prise en charge, celui-ci a évolué vers un patient disposant de droits, puis enfin à un patient partenaire dans sa prise en charge, voire dans certains cas un patient-expert ou un pair aidant. Cette évolution a été accompagnée, au sein de chaque établissement de santé, par la Commission des Usagers (CDU), chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la sécurité des soins des patients. Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), il est essentiel de renforcer l'engagement des patients dans la certification des établissements de santé en appréciant les modalités déployées en leur sein sur le sujet et en renforçant l'implication des représentants des usagers (RU) dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et à toutes les étapes de la procédure de certification.

Le projet des usagers de territoire du GHT des Pyrénées Ariégeoises est un projet porté par les commissions des usagers locales des établissements membres du GHT, qui s'articule avec les différentes composantes des projets des établissements membres du GHT dont le Projet Médico-Soignant de Territoire (PMS-T) et les alimente de manière opérationnelle. Il contribue à la stratégie des établissements membres du GHT ; il s'inscrit dans une démarche qui se veut collaborative et pérenne et constitue un appui au partenariat professionnels/usagers/directions. C'est un projet qui :

- S'appuie sur les rapports d'activité des commissions locales des usagers et sur les autres sources d'information et de bilans disponibles dans les établissements du GHT,
- Implique l'ensemble des représentants des usagers, les bénévoles des associations intervenant dans les établissements, les représentants de la CMG et des CME locales, les représentants de la CSIRMT-T et des CSIRMT locales, mais aussi de nombreux autres intervenants de l'établissement (médiateurs médicaux et non médicaux, personnes qualifiées désignées par les CDU locales, etc.),

Le décret du 1er juin 2016 relatif à la Commission des Usagers précise dans son article 4 que « la commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement. [...] Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers [...]. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement. [...] Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement des établissements publics de santé.

Par ailleurs, le critère 3.2-11 du référentiel de certification des établissements de santé proposé par l'HAS dans sa version V2020 précise : « l'établissement implique des RU et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement ». Un des éléments d'évaluation est : « le projet des usagers est formalisé et articulé avec le projet médical et soignant ».

Dès lors, il a semblé intéressant, dans une approche territoriale, de proposer un projet des usagers de territoire ayant des axes communs et des objectifs partagés, pour ensuite laisser chaque établissement décliner ses fiches actions au niveau local.

Article 13. Le projet écoresponsable

Il constitue la feuille de route de la démarche de développement durable dans ses quatre dimensions sociale, sociétale, économique et environnementale. Il a pour objectif de diffuser l'engagement éco-responsable dans tous les secteurs d'intervention (soins, gestion, etc.).

Article 14. Le projets qualité, gestion des risques et sécurité des soins

Le projet qualité, gestion des risques et sécurité des soins a pour objectif d'accompagner la démarche qualité de l'établissement dans toutes ses composantes, que ce soit l'amélioration continue des prestations auprès des usagers et de son intégration dans une approche territoriale au sein du GHT, l'accompagnement des équipes dans la réponse aux exigences internes et externes, l'écoute des usagers aujourd'hui partenaires et acteurs de leur prise en charge (on parle désormais d'expérience patient et d'expertise patient). Il vise la réponse aux attendus de la démarche de certification des établissements de santé dans le secteur sanitaire et de l'évaluation qualité du secteur médicosocial de la Haute Autorité de Santé. Il est porté par le chef d'établissement, le président de CME et le directeur qualité, sa mise en œuvre reposant sur l'organisation qualité en place dans l'établissement, les équipes et les usagers.

Article 15. Le projet communication

Le projet de communication représente un plan d'action pluriannuel inscrit dans la stratégie globale du Centre Hospitalier des Vallées de l'Ariège sur la période 2025 – 2030. Il s'appuie sur les documents stratégiques de l'établissement sur la période. Il intègre également les prescriptions de la Haute Autorité de Santé en matière de communication à l'égard des usagers.

Article 16. Le projet du SIH

Les établissements hospitaliers doivent aujourd'hui faire face à des enjeux majeurs, dans un environnement de plus en plus complexe, et pour lesquels le système d'information constitue un élément central. Le projet du SIH a pour objectif de fixer la stratégie du CHIVA, et plus largement du GHT, en la matière.

Chapitre 4. La gouvernance médico-administrative

Article 17. La direction du Centre Hospitalier

17.1. Le directeur du Centre Hospitalier

Le Directeur du Centre Hospitalier est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, après avis du Président du Conseil de Surveillance.

Le Directeur du Centre Hospitalier en sa qualité de Président du Directoire conduit la politique générale du Centre Hospitalier. Il représente le Centre Hospitalier dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom du Centre Hospitalier.

Le Directeur du Centre Hospitalier est compétent pour régler les affaires du Centre Hospitalier autres que celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance.

Le Directeur du Centre Hospitalier est assisté par une équipe de Directeurs Adjointes dont il détermine le positionnement dans l'organisation institutionnelle et organigramme présentant les directions fonctionnelles, de sites et de pôles (consultable dans la GED). Il propose la nomination des Directeurs Adjointes et du Coordonnateur Général des Soins au Directeur Général du Centre National de Gestion.

17.2. Les attributions du directeur

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

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

Le CHIVA étant l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises, le Directeur du Centre Hospitalier exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au Groupement Hospitalier de Territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'Article L. 6132-3 du Code de la santé publique.

Après concertation du Directoire, le Directeur du Centre Hospitalier :

- Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'Article L. 6114-1 du Code de la santé publique ;
- Décide, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement et en lien avec le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Détermine le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Établissement et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques en ce qui concerne les équipements médicaux et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'Article L. 6145-1 du Code de la santé publique et le plan global de financement pluriannuel, après avis du Conseil de Surveillance ;

- Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- Arrête l'organisation interne de l'établissement – s'agissant des activités cliniques et médicotechniques, le Directeur du Centre Hospitalier et le Président de la Commission Médicale d'Établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'Article L. 6146-1 du Code de la santé publique ;
- Peut proposer au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération mentionnées aux Articles L. 61431-1 à L. 6135-1 du Code de la santé publique ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux Articles L. 6327-2 et L. 6327-6 du Code de la santé publique ;
- Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Conclut les baux emphytéotiques en application de l'Article L. 6148-2 de la santé publique, les contrats de partenariat en application de l'Article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'Article L. 6148-3 du Code de la santé publique ;
- Soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
- Conclut les délégations de service public mentionnées à l'Article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Présente à l'Agence Régionale de Santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'Article L. 6143-3 du Code de la santé publique ;
- Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'Article L. 3131-7 du Code de la santé publique ;
- Soumet au Conseil de Surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'Article L. 6145-7 du Code de la santé publique.
- Définit, après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux Articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du Code de la sécurité sociale.

Le Directeur du Centre Hospitalier dispose d'un pouvoir de nomination. À ce titre :

- Il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination des Directeurs Adjointes et du Coordonnateur Général des Soins – la commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions) ;
- Il nomme les Chefs de pôle d'activité sur présentation d'une liste élaborée par le Président de la Commission Médicale d'Établissement pour les pôles cliniques ou médicotechniques. En cas de désaccord, le Directeur du Centre Hospitalier demande une nouvelle liste. Si un nouveau désaccord survient, il nomme les Chefs de pôle de son choix.
- Il nomme conjointement avec le Président de la CME les Chefs de service sur proposition du Chef de pôle.
- Sur proposition du Chef de pôle ou, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'Article L. 6152-1 du Code de la santé publique dans les conditions fixées par voie réglementaire – l'avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement est communiqué au Directeur Général du Centre National de Gestion ;
- À l'exception des membres de droit, il nomme et révoque les membres du Directoire, après information du Conseil de Surveillance.

Textes de référence

Article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004

Article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993

Articles L. 3131-7, L. 6114-1, L. 6132-3, L. 6143-3, L. 6143-7 et L. 6143-7-2, L. 6145-1 et L. 6145-7 du Code de la santé publique

Articles L. 6146-1, L. 6148-2, L. 6148-3, L. 6152-1 du Code de la santé publique

Articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du Code de la sécurité sociale

Articles L. 61431-1 à L. 6135-1, L. 6327-2 et L. 6327-6 du Code de la santé publique

17.3. Les délégations de signature du directeur

Le Directeur du Centre Hospitalier peut déléguer sa signature aux professionnels sur lesquels il exerce son autorité hiérarchique.

Il détermine librement, en tenant compte des fonctions occupées et du grade du professionnel concerné, des périmètres de délégations accordées à chacun au sein du Centre Hospitalier.

Textes de référence

Articles D. 6143-33 à D. 6143-35 du Code de la santé publique

Toute délégation de signature doit mentionner :

- Le nom et la fonction du professionnel auquel la délégation a été donnée ;
- La nature des actes délégués ;
- Eventuellement, les conditions ou réserves dont le Directeur du Centre Hospitalier juge opportun d'assortir la délégation.

Les délégations de signature sont communiquées au Conseil de Surveillance (CS) et transmises sans délai au Trésorier Principal du Centre Hospitalier lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

En interne, toute personne concernée par la délégation de signature est informée par voie dématérialisée.

Les délégations de signature sont diffusées en interne dans la GED et sur le site Internet.

Les délégations de signature sont communiquées sans délai au recueil des actes administratifs du département de l'Ariège, et prennent effet au moment de leur publication.

17.4. Le pouvoir de police du directeur

Le Directeur du Centre Hospitalier peut exercer son pouvoir de police à l'égard de l'utilisateur qui perturbe le bon fonctionnement du service public hospitalier de par son comportement. Cela peut aller jusqu'à la sortie de l'utilisateur hospitalisé, si son état de santé le permet. L'utilisateur peut également voir sa responsabilité civile engagée.

Une obligation de quitter les lieux peut être prononcée, par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, à l'encontre de tout usager ou visiteur qui perturberait le bon fonctionnement du service public hospitalier. L'utilisateur ou le visiteur peut, ainsi, se voir interdire de pénétrer dans les locaux du Centre Hospitalier de manière temporaire ou permanente, sauf si son état de santé requiert des soins urgents.

Textes de référence

Articles L. 6143-7 du Code de la santé publique

Article 18. Le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME)

La Commission Médicale d'Établissement élit son Président et son Vice-Président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

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 la Commission Médicale d'Établissement prennent fin sur présentation 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.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement sont incompatibles avec les fonctions de Chef de pôle.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-Président du Directoire, est chargé, conjointement avec le Directeur de Centre Hospitalier, de la politique d'amélioration continue de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Établissement.

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

Le Président présente annuellement à la Commission Médicale d'Établissement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au Directeur du Centre Hospitalier par la Commission Médicale d'Établissement en vertu de l'Article L.6144 du Code de la santé publique.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement signe conjointement avec le Directeur du Centre Hospitalier les contrats de pôles cliniques ou médicotechniques.

Il décide conjointement avec le Directeur du Centre Hospitalier de la nomination des responsables de structures internes, service ou unité fonctionnelle.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-Président du Directoire, coordonne, en lien avec le Directeur du Centre Hospitalier, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en

conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet médical partagé. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-Président du Directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. À cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- Il veille à la coordination de la prise en charge de l'utilisateur ;
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Textes de référence

Articles R. 6144-5 et les suivants du Code de la santé publique
Articles D. 6143-37 et les suivants du Code de la santé publique
Article L. 6144 du Code de la santé publique

Article 19. Le Directoire

19.1. Les attributions du Directoire

Le Directoire exerce les compétences qui lui sont dévolues par le Code de la Santé Publique :

- Appuyer et conseiller le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement ;
- Approuver le projet médical ;
- Préparer le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- Conseiller le Directeur du Centre Hospitalier dans la gestion et la conduite de l'établissement.

19.2. La composition du Directoire

Le Directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Il comporte neuf membres :

- Le Directeur du Centre Hospitalier, Président du Directoire ;
- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-Président du Directoire.
- Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotéchniques ;
- Un membre du personnel non médical ;
- 5 membres qui appartiennent aux professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques.

Un secrétaire de séance est désigné par le chef d'établissement et assiste aux séances.

19.3. La désignation des membres du Directoire

Le membre du personnel non médical est nommé et, le cas échéant, révoqué par le Directeur du Centre Hospitalier, après information du Conseil de Surveillance.

Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques.

En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le Directeur du Centre Hospitalier peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme ce membre après avis du Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques.

Les membres appartenant aux professions médicales sont nommés et, le cas échéant, révoqués par le Directeur du Centre Hospitalier, après information du Conseil de Surveillance.

Ces membres sont nommés sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la Commission Médicale d'Établissement ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le Directeur du Centre Hospitalier peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement.

19.4. Le fonctionnement du Directoire

Le Directoire se réunit a minima 8 fois par an.

Les directeurs fonctionnels, chefs de pôle et cadres soignants de pôle non membres peuvent être invités.

La durée du mandat des membres du Directoire est de 4 ans.

Les fonctions de membre du Directoire sont exercées à titre gratuit.

Textes de référence

Articles L. 6143-7 et suivants et D. 6143-35-4 du Code de la santé publique

Article 20. Le Conseil de Surveillance

20.1. Les attributions du Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance délibère sur :

- Le projet d'établissement et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le Directeur du Centre Hospitalier et le Président de la Commission Médicale d'Établissement ;
- Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur du Centre Hospitalier ;
- Toute convention intervenant entre le Centre Hospitalier et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
- Les statuts des fondations hospitalières créées par le Centre Hospitalier ;
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'Article L.6145-7 ;
- Le plan pluriannuel d'investissement.

Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :

- L'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'Article L.6148-2 ;
- La participation de l'établissement à un Groupement Hospitalier de Territoire ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance se voit présenter annuellement :

- Les observations du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;
- Les actions de recherche menées par le Centre Hospitalier ;
- Le bilan, élaboré conjointement par le Directeur du Centre Hospitalier et le Président de la Commission Médicale d'Établissement, des actions mises en œuvre par le Centre Hospitalier pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises.

Le Conseil de Surveillance communique au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur du Centre Hospitalier et sur la gestion réalisée.

À tout moment, le Conseil de Surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le Directeur du Centre Hospitalier communique au Président du Conseil de Surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le Directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le Directoire.

Si les comptes du Centre Hospitalier sont soumis à certification en application de l'Article L .6145-16, le Conseil de Surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le Conseil de Surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre Hospitalier ainsi que de ses modifications.

20.2. La composition du Conseil de Surveillance

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 intercommunal, un représentant du Conseil Départemental de l'Ariège ;
- Au titre des représentants du personnel : deux membres de la Commission Médicale d'Etablissement, élus en son sein ; un membre de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques élu en son sein ; deux 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 : deux personnalités qualifiées, désignées par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé ; deux représentants des usagers désignés par le Préfet de l'Ariège ; une personnalité qualifiée désignée par le Préfet de l'Ariège.

20.3. La désignation des membres du Conseil de Surveillance

20.3.1. Le Président du Conseil de Surveillance

Le Président du Conseil de Surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du Conseil de Surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. 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.

La réunion au cours de laquelle le Conseil de Surveillance procède à cette élection est présidée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

Le Président du Conseil de Surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un Vice-Président, qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

En cas de vacances des fonctions de Président du Conseil de Surveillance et de Vice-Président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées.

20.3.2. Les membres du Conseil de Surveillance

Les membres du Conseil de Surveillance sont nommés par arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé 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.

La désignation des membres du Conseil de Surveillance qui ne sont ni membres de droit ni personnalités qualifiées, sont fixés par décret.

- Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au Conseil de Surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'Article L.6143-6, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.
- Les membres désignés par la Commission Médicale d'Établissement 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 Médicotechniques 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 organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein du Centre Hospitalier, à l'occasion des élections au Comité Social d'Établissement. Le premier siège des représentants du personnel 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.

Textes de référence

Articles R. 6143-4 et suivants du Code de la santé publique

20.4. Le fonctionnement du Conseil de Surveillance

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Les membres du Conseil de Surveillance reçoivent un compte rendu de séance.

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.

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.

Textes de référence

Articles R. 6143-7 à R. 6143-16 et suivants du Code de la santé publique

Chapitre 5. Les instances consultatives et de dialogue social

Article 21. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

21.1. La composition de la CME

Membres avec voix délibérative

La CME du CHIVA est composée comme suit :

- Les chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques, membres de droit de la CME, (Collège 1)
- 10 représentants élus des chefs de service (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 exerçant à titre libéral de l'établissement : praticiens contractuels, assistants et praticiens exerçant à titre libéral (Collège 4)
- 2 représentants des sages-femmes élus par leurs pairs (Collège 5)
- 3 représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie (Collège 6).

Membres avec voix consultative

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
4. le représentant du CSE, élu en son sein
5. le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
6. un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par la directeur de l'établissement

7. le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Les membres visés aux points 3, 5, 6 et 7 ne siègent avec voix consultative que lorsqu'ils ne sont pas représentés dans les membres élus.

Textes de référence

Articles R. 6144-1 à R. 6144-6 du Code de la santé publique

21.2. Les modalités de désignation des membres de la CME

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.

21.3. Organisation des élections

21.3.1 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.

21.3.2. Élection de la présidence et vice-présidence

La Commission Médicale d’Etablissement 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.

Le mandat de Président de la Commission Médicale d’Etablissement est de quatre ans, celui-ci est renouvelable une seule fois de manière consécutive.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d’Etablissement prennent fin sur présentation par celui-ci, de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d’Etablissement qui l’a élu.

En cas d’empêchement, d’absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Médicale d’Etablissement, ses fonctions au sein de la Commission Médicale d’Etablissement 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.

21.4. Les attributions de la CME

La Commission Médicale d’Etablissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité social d’établissement est également consulté :

- Les projets de délibération mentionnées à l’article L 6143.1 ;
- Les orientations stratégiques de l’établissement, l’état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d’investissement, le plan pluriannuel d’investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel
- Le plan de redressement le cas échéant ;

- L'organisation interne de l'établissement mentionnée. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La convention constitutive d'un Groupement Hospitalier de Territoire ;
- Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'article L. 6146-1-2 ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'article L. 6149-1 ;
- Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre les dispositions du premier alinéa de l'article L. 6146-1-2 et du premier alinéa de l'article L. 6149-1.

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

- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

Dans le cadre du GHT des Pyrénées Ariégeoises, la Commission Médicale d'Etablissement veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du groupement.

La Commission Médicale d'Etablissement élabore et propose au Directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire. Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement coordonne son élaboration avec le Directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration. Après concertation avec le Directoire, le Président de la commission et le Directeur peuvent demander à la Commission Médicale d'Etablissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

Le projet médical est approuvé par le Directoire.

La Commission Médicale d'Etablissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, et peut faire des propositions au Président du Directoire, en cohérence avec la politique territoriale du Groupement Hospitalier de Territoire en la matière, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

- La prise en charge de la douleur ;
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement.

La Commission Médicale d'Etablissement peut faire au Président du Directoire des propositions sur les matières suivantes :

- Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- La déclinaison des orientations stratégiques du Groupement Hospitalier de Territoire en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutique

Textes de référence

Articles R. 6144-2 du Code de la santé publique

Article 22. Les Sous-Commissions de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement propose la désignation des Présidents et Vice-Présidents des Sous-Commissions de la Commission Médicale d'Établissement.

Ces propositions sont soumises à l'approbation de la Commission Médicale d'Établissement.

22.1. Les commissions et comités relatifs à la qualité et à la sécurité des soins

22.1.1. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), dans le cadre de la gestion des risques, a un rôle qui consiste à définir la politique de prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux et à coordonner la mise en application de cette politique par l'équipe mobile d'hygiène et les autres professionnels. Il élabore des protocoles de soins, vérifie leur application et intervient dans la formation du personnel sur les règles d'hygiène.

Sa composition et son fonctionnement sont définis dans son règlement intérieur.

22.1.2. Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) définit au sein de l'établissement une politique cohérente en matière de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Il veille aussi à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine. Il travaille en collaboration avec le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.

Sa composition et son fonctionnement sont définis dans son règlement intérieur.

22.1.3. La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS)

La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) définit la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles (DMS) dont l'usage est recommandé dans les établissements de soins. Elle a un rôle fondamental dans les domaines de la qualité des soins et de l'efficacité économique, dans un souci d'optimisation des ressources mises à la disposition des services de soins. Elle est également chargée de suivre le volet relatif aux produits de santé du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins (CAQES). Elle joue aussi un rôle dans la lutte contre l'iatrogénie et met en place une méthodologie pour évaluer son action dans ce domaine.

Sa composition et son fonctionnement sont définis dans son règlement intérieur.

22.1.4. Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance (CSTH)

Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance (CSTH) contribue à l'amélioration de la sécurité des personnes transfusées et veille à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance. Il est consulté sur la politique transfusionnelle, la répartition des moyens financiers alloués à la sécurité transfusionnelle, l'organisation du suivi médical des receveurs et le programme de formation du personnel paramédical et médical.

Sa composition et son fonctionnement sont définis dans son règlement intérieur.

22.2. Les Commissions Permanentes

22.2.1. La Commission des Admissions et des Soins Non Programmés (CASNP)

La Commission des Admissions et des Soins Non Programmés a pour objectif de proposer et de mettre en œuvre :

- Des solutions consensuelles garantissant la fluidité du circuit patient, de l'amont des urgences jusqu'à sa sortie ;
- Des mesures permettant d'anticiper les situations de saturation de l'hôpital et de gérer les situations de crise.

Sa composition et son fonctionnement sont définis dans son règlement intérieur.

22.2.2. La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) a pour mission d'assurer l'organisation de la permanence des soins (gardes sur place et astreintes) et de proposer à la Commission Médicale d'Établissement toute modification. Elle assure également une mission de contrôle de cette activité.

Sa composition et son fonctionnement sont définis dans son règlement intérieur.

Textes de référence

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 les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

22.2.3. La Commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), du Développement Professionnel Continu (DPC) et de Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM)

La Commission DPC-EPP-RMM a pour objectif de mettre en œuvre la politique EPP de l'établissement.

Elle aborde toutes les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles menées dans les services cliniques et/ou médicotechniques du Centre Hospitalier, en vue de sensibiliser les professionnels de santé à ces démarches, de définir et mettre en œuvre un dispositif de pilotage et une stratégie de développement, des axes prioritaires de développement, et des mesures d'accompagnement.

Les EPP comprennent :

- Les retours d'expérience : RMM (Revue de Morbi-Mortalité), staffs, RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire), GAP (Groupes d'Analyses de Pratiques), analyse approfondie des causes, CREX (Comités de Retour d'Expérience) ;
- Les évaluations menées par les groupes « gestion des risques » en équipe : analyses des risques a priori, audits de processus, audits patient traceur, parcours traceur, traceur ciblé, observations ;
- Le suivi d'indicateurs de pratique clinique, IQSS (Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins) ;
- Et plus généralement, tous les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles consistant à analyser l'activité clinique réalisée par rapport à des recommandations professionnelles actualisées.

Les orientations du Développement Professionnel Continu intègrent cette démarche.

Sa composition et son fonctionnement sont définis dans son règlement intérieur.

22.2.4. Le COmité de PILotage du Dossier Patient (COPIL Dossier Patient)

Ce comité est dédié à la mise en œuvre de la politique qualité, sécurité du Dossier Patient de Territoire (DPT) et a un rôle d'expertise, de coordination et d'animation :

- Il veille à l'élaboration et au respect des procédures concernant le contenu et la gestion du Dossier Patient de Territoire ;
- Il coordonne le suivi des demandes d'évolution du Dossier Patient de Territoire ;
- Il développe les actions en lien avec la qualité et la sécurité du Dossier Patient de Territoire ;
- Il assure le suivi des indicateurs de mise en œuvre de la politique qualité, sécurité du Dossier Patient de Territoire ;
- Il hiérarchise, analyse et pilote les actions correctives des événements indésirables en lien avec le Dossier Patient de Territoire ;
- Il soumet annuellement son bilan au COSTRAT du GHT.

22.2.5. La Commission Scientifique et Pédagogique

La Commission Scientifique et Pédagogique de Territoire est une instance pluridisciplinaire qui intègre dans sa composition la représentativité des praticiens hospitaliers et des professionnels paramédicaux des établissements du GHT. Elle a pour mission :

- De promouvoir la formation et la recherche en cohérence avec les politiques nationales et régionales et territoriales ;
- De favoriser la réflexion sur la formation, les programmes de formation et la recherche, de produire des avis sur les programmes de formation du plan territorial et les projets de recherche, de diffuser des réflexions, données probantes ou recommandations. Elle apporte sa caution scientifique et pédagogique aux orientations et aux activités de formation et de recherche des équipes ;
- De participer à la mise en œuvre et au suivi des axes définis dans le projet d'établissement ;
- De diffuser aux équipes des établissements du territoire, les appels à projet et actualités réglementaires relatifs à la formation et à la recherche ;
- De développer des actions de communication à l'attention des professionnels du territoire dans le champ de la formation et de la recherche.

22.2.6. L'encadrement de la recherche

Les médecins peuvent proposer aux patients ainsi qu'à des personnes se portant volontaires, de participer à une recherche en santé dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et prévoit que l'intérêt de la personne prime toujours sur celui de la science.

Le responsable de la recherche (ou promoteur) doit s'assurer, avant de permettre la réalisation d'une recherche, d'obtenir toute autorisation nécessaire selon le contexte et notamment l'avis favorable obligatoire du comité de protection des personnes compétent et selon les cas, l'autorisation de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM).

Le consentement éclairé de la personne participant à une activité de recherche en santé est recherché avant son inclusion dans le projet.

Lorsque la recherche est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée en principe par les titulaires de l'autorité parentale. Il est consulté dans la mesure où son état le permet. L'adhésion personnelle du mineur en vue de sa participation à la recherche impliquant la personne humaine est recherchée.

Article 23 La Commission de l'Activité Libérale (CAL)

23.1. Les attributions de la Commission de l'Activité Libérale

La Commission de l'Activité Libérale veille au respect de la loi et des contrats qui autorisent les praticiens hospitaliers à exercer une activité libérale au sein de l'établissement public où ils sont nommés.

La Commission de l'Activité Libérale peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie, le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, le Président du Conseil de Surveillance, le Président de la Commission Médicale d'Établissement et le Directeur du Centre Hospitalier. Un praticien peut saisir la Commission de l'Activité Libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La Commission saisit le Directeur du Centre Hospitalier et le Président de la Commission Médicale d'Établissement dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens. Elle informe le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

La Commission peut soumettre aux autorités compétentes toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut également saisir la Commission Régionale de l'Activité Libérale.

La Commission définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein du Centre Hospitalier.

La Commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein du Centre Hospitalier, ou des établissements en cas d'activité libérale partagée entre deux établissements, et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Ce rapport est communiqué, pour information, à la Commission Médicale d'Établissement, au Conseil de Surveillance, à la Commission des Usagers, au Directeur du Centre Hospitalier et au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Textes de référence

Articles R. 6154-11 du Code de la santé publique

23.2. La composition de la Commission de l'Activité Libérale

Les membres de la Commission de l'Activité Libérale sont nommés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

La commission comprend :

- Un membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ;
- Deux représentants désignés par le Conseil de Surveillance parmi ses membres non médecins ;
- Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant ;
- Un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie désigné par son Directeur ;
- Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la Commission Médicale d'Établissement ;
- Un praticien hospitalier n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la Commission Médicale d'Établissement ;
- Un représentant des usagers choisi parmi les membres des associations agréées.

Textes de référence

Articles R. 6154-12 du Code de la santé publique

23.3. La désignation et la fonction des membres de la Commission de l'Activité Libérale

La Commission élit son Président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein du Centre Hospitalier ne peuvent être élus Président de la commission.

Textes de référence

Articles R. 6154-12 du Code de la santé publique

23.4. Le fonctionnement de la Commission de l'Activité Libérale

En vue de préparer les séances et d'assurer le suivi des décisions, la Commission désigne en son sein un bureau permanent composé de trois membres, dont son Président, dès que 6 % des praticiens ayant le droit statutaire d'exercer une activité libérale exercent une activité libérale au sein du Centre Hospitalier.

Le mandat des membres de la Commission de l'activité libérale 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.

La Commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités compétentes ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son Président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Textes de référence

Articles R. 6154-12 et R. 6154-14 du Code de la santé publique

Article 24. La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT)

24.1. Les attributions de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est consultée pour avis sur :

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

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du CSP (admission de praticiens exerçant à titre libéral) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Textes de référence

Articles R. 6146-10 du Code de la santé publique

24.2. La composition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est présidée par le Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Elle se réunit au moins trois fois par an et est composée :

- D'un Collège des cadres de santé, comprenant 12 membres ;
- D'un Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, comprenant 16 membres ;
- D'un Collège des aides-soignants, comprenant 4 membres.

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.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotéchniques est également composée avec voix consultative :

- Du directeur adjoint chargé de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé rattaché au Centre Hospitalier ;
- D'un représentant des étudiants de troisième année de l'Institut de Formation Infirmiers rattaché au Centre Hospitalier ;
- D'un représentant des étudiants aides-soignants de l'Institut de Formation Aides-Soignants rattaché au Centre Hospitalier ;
- D'un représentant de la Commission Médicale d'Établissement.

Textes de référence

Articles R. 6146-11 du Code de la santé publique

24.3. La désignation et la fonction des membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotéchniques

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants à la commission par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

La durée du mandat des membres élus à la commission est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Le Président du Directoire arrête la liste des membres composant la commission.

La date de l'élection est fixée par le Directeur du Centre Hospitalier. Un mois au moins avant, il publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Textes de référence

Articles R. 6146-13 du Code de la santé publique

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le Directeur du Centre Hospitalier et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au Directeur du Centre Hospitalier avant l'expiration de ce délai. À l'issue de ce délai, le Directeur du Centre Hospitalier proclame les résultats du scrutin.

24.4. Le fonctionnement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques se réunit au moins trois fois par an.

Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau.

Elle est convoquée par son Président.

Cette convocation est de droit à la demande du Président du Directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

L'ordre du jour est fixé par le Président de la commission.

La commission délibère valablement lorsque au moins la moitié des membres élus sont présents.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au Président du Directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours ou tout autre délai prévu dans le règlement intérieur de la Commission.

Le Président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques dans un rapport adressé au Directoire.

Textes de référence

Article R. 6146-14, R.6146-15 et R.6146-16 du Code de la Santé Publique

Article 25. Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Le Comité Social d'Etablissement (CSE) est l'instance de représentation du personnel dans la fonction publique hospitalière.

25.1. Les attributions du Comité Social d'Etablissement

Le Comité Social d'Etablissement (CSE) est consulté pour avis sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du Code de la santé publique ;
- Le plan global de financement pluriannuel ;
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la Commission Médicale d'Etablissement, de la Commission des Usagers et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques ;
- L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique Les projets de réorganisation de service ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique ;

- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le Comité Social d'Établissement (CSE) est informé chaque année sur les éléments suivants :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du Code de la santé publique ;
- Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du Code de la santé publique ;
- Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique.

Conformément aux dispositions de l'article R. 6144-82 du Code de la santé publique, la Commission Médicale d'Établissement et le Comité Social d'Établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. À l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

Textes de référence

Article R. 6144-40 et suivant du Code de la Santé Publique

Articles L. 251-11 à L. 251-13 et articles R253-11 à R253-17 du Code Général de la Fonction Publique

25.2. La composition du Comité Social d'Établissement

Le Comité Social d'Établissement est présidé par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

Le Directeur du Centre Hospitalier (Président de l'Instance) ou son représentant a la possibilité de se faire assister d'un ou plusieurs collaborateurs de son choix, sans que ce ou ces derniers ne puissent prendre part aux votes.

Un représentant du Comité Social d'Établissement et un représentant de la Commission Médicale d'Établissement assistent, avec voix consultative, aux réunions respectives de chacune de ces deux instances. Les représentants sont élus par chacune des instances concernées.

La composition du Comité Social d'Établissement est arrêtée au regard du nombre de sièges obtenus par chaque organisation syndicale lors des élections professionnelles.

Les professionnels hospitaliers disposant d'une décharge d'activité syndicale font l'objet d'une décision du Directeur du Centre Hospitalier.

25.3. La désignation et la fonction des membres du Comité Social d'Établissement

Les représentants de l'administration en charge des dossiers abordés en Comité Social d'Établissement sont invités par le Président. Ils assistent à l'instance sans voix délibérative.

Les représentants de l'administration ne sont pas des membres de droit.

Le Président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du Président au plus tard 5 jours avant l'instance. Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, les membres suppléants peuvent assister aux débats dans la limite d'un représentant par organisation syndicale. Ils ne prennent pas part aux débats ni aux délibérations.

Un secrétaire titulaire et un secrétaire suppléant est élu lors de l'installation du Comité Social d'Etablissement.

25.4. Le fonctionnement du Comité Social d'Etablissement

La durée du mandat est fixée à 4 ans. Le mandat d'un membre cesse de plein droit lors de sa démission, lors de son départ de l'établissement, ou lors de son décès.

Un représentant titulaire est remplacé par un suppléant élu lors des dernières élections professionnelles. Le suppléant est lui-même remplacé par le premier candidat restant non élu de 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 professionnels éligibles au Comité Social d'Etablissement.

Lorsqu'un professionnel quitte une organisation syndicale, il reste membre du Comité Social d'Etablissement sans étiquette syndicale.

Le CSE se réunit au minimum une fois par trimestre sur convocation du président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

La convocation du CSE est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le Président.

L'ordre du jour du comité est fixé par le Président. Le secrétaire du CSE est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour et peut proposer l'inscription de points. Doivent notamment y être inscrits les points entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentant titulaires du personnel.

Communication doit être donnée aux membres titulaires et suppléants de l'instance de toute pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions dans un délai de 15 jours. Ce délai peut être ramené au plus tard huit jours avant la date de la séance, en cas d'urgence.

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Article 26. Le Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT)

26.1. Les attributions de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de son champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du Directeur du Centre Hospitalier.

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail est consultée pour avis sur :

- Le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail

(PAPRI Pact) ;

- Le rapport annuel de la santé, sécurité et conditions de travail et actions menées ;
- Le programme annuel de prévention des risques professionnels détaillé des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir.

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail est consultée pour :

- Les règlements et consignes se rattachant à sa mission ;
- Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGHTSSE) ;
- Les projets importants d'aménagement ou d'introduction des nouvelles technologies ;
- La mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail ;
- Les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT).

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail est consultée pour examen sur :

- Toutes les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales afférentes ;
- Des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents notamment les femmes enceintes ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L 4161-1 du Code du travail ;
- Le rapport annuel établi par le médecin du travail et les accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le Rapport Social Unique ;
- La promotion de la prévention des risques professionnels. Elle peut proposer des actions qu'elle estime utiles dans cette perspective.

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail est informée sur les visites et toutes observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses apportées par le Directeur du Centre Hospitalier.

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail a pour mission d'alerter le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant :

- De tout constat de danger grave et imminent relatif à la santé ou la sécurité au travail ;
- De tout accident de service ou de maladie professionnelle grave ou répétée.

Textes de référence

Décret n°2024-1038 du 6 novembre 2024

Article R253-18 à R253-31 du code général de la fonction publique

26.2. La composition de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

La Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail est présidée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

Le nombre des représentants du personnels titulaires dans la F3SCT est égal au nombre de représentants du personnel titulaires dans le comité social d'établissement.

Les représentants de l'administration en charge des dossiers en lien avec l'ordre du jour sont des membres de droit siégeant à la formation spécialisée.

Le médecin du travail, ou son représentant, est membre de droit siégeant à la formation spécialisée.

Le service d'hygiène (médecin ou infirmier) est également membre de droit de la formation spécialisée.

Un membre représentant les personnels médicaux est membre de droit.

26.3. La désignation et la fonction des membres de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

Chaque organisation syndicale siégeant au Comité Social d'Etablissement désigne au sein de la formation spécialisée un nombre de représentants titulaires égal au nombre de sièges qu'elle détient dans ce comité parmi les représentants titulaires et suppléants.

Lorsqu'un membre d'une formation spécialisée se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un membre désigné dans les mêmes conditions.

Chaque organisation syndicale siégeant au Comité Social d'Etablissement désigne librement des représentants suppléants qui doivent satisfaire aux conditions d'éligibilité à ces comités, fixées par la réglementation en vigueur.

Le Président, à son initiative ou à la demande des membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du Président au plus tard 5 jours avant l'instance.

Les professionnels de contrôle de l'inspection du travail sont informés de toutes les réunions de la formation spécialisée. Ils ne participent pas aux votes.

Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Un secrétaire titulaire et un secrétaire suppléant est élu lors de l'installation du Comité Social d'Etablissement.

26.4. Le fonctionnement de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

La durée du mandat est fixée à 4 ans. Le mandat cesse de plein droit lors de la démission d'un membre ou de son départ de l'établissement. Il est donc procédé à la désignation d'un nouveau membre par l'organisation syndicale concernée.

S'il s'agit de la démission d'un membre titulaire de la formation spécialisée, l'organisation syndicale devra en désigner un autre parmi les représentants titulaires ou suppléants du CSE. S'il s'agit d'une démission d'un membre suppléant, l'organisation syndicale devra en désigner un librement à condition qu'il satisfait aux conditions d'éligibilité à ce comité.

La Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail se réunit minimum 4 fois par an.

L'ordre du jour est établi par le Président pour les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire. S'agissant des autres sujets, le secrétaire de la Formation en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail est consulté préalablement.

La convocation est transmise aux membres par voie électronique au moins 15 jours avant la séance, ce délai peut être ramené à 8 jours en cas d'urgence.

Article 27. La Commissions des Usagers (CDU)

La Commission des Usagers est une instance interne réglementaire et pluridisciplinaire qui veille au respect des droits des usagers et qui contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers et de leurs proches. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. A ce titre, elle s'assure du recueil, du traitement et de la transmission des informations nécessaires à son activité.

27.1. Les attributions de la Commission des Usagers

La Commission des Usagers contribue par ses avis et propositions à l'amélioration continue des soins délivrés par le Centre Hospitalier.

La Commission des Usagers veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches, en mettant en œuvre les moyens nécessaires au recueil et à l'analyse de l'expression des usagers. Dans ce cadre, les membres de la commission peuvent avoir accès aux données médicales relatives aux réclamations et aux plaintes ne faisant pas l'objet d'un recours gracieux ou juridictionnel, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. La commission examine les réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La Commission des Usagers participe à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers et de leurs proches. Elle rend des avis, fait des propositions dans ces domaines, et suit l'exécution des plans d'action d'amélioration de la qualité.

La Commission des Usagers contribue à la définition et la mise en œuvre de la politique médicale et au projet d'établissement, notamment à travers le projet des usagers, l'audit d'expression des associations, les instances du Centre Hospitalier et la démarche de certification.

27.2. La composition de la Commission des Usagers

La Commission des Usagers du Centre Hospitalier comprend :

- Le Directeur de l'établissement ou la personne qu'elle désigne à cet effet, Président ;
- Un médiateur médecin et son suppléant, désigné par le Directeur sur proposition de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- Un médiateur non médecin et de son suppléant, désigné par le Directeur ;
- Deux représentants des usagers et de leurs suppléants, désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

En outre, la commission comporte des membres avec voix consultative :

- Le Président de la CME ou son représentant désigné parmi les membres de la CME ;
- Un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et des personnalités qualifiées ;
- Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques et son suppléant, désignés par le Directeur des Soins ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis parmi les membres du Comité Social d'Etablissement en son sein ;
- Le Directeur en charge de la qualité ;
- La personne chargée de la coordination des risques associés aux soins.

Le Directeur fixe la liste nominative des membres de la commission.

La Commission des Usagers peut aussi comporter des invités permanents désignés par le Directeur du Centre Hospitalier. Ces derniers n'ont pas le droit de vote.

En cas de nécessité, la Commission des Usagers peut inviter tout personnel du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège et tout usager dont le témoignage ou le rapport serait utile pour le traitement d'un dossier.

La composition de la Commission des Usagers est régulièrement mise à jour et affichée dans tous les lieux d'accueil du Centre Hospitalier. Une information sur son fonctionnement est également donnée dans le livret d'accueil du Centre Hospitalier.

Textes de référence

Articles R. 1112-81, R. 1112-82 et R. 1112-83 du Code de la santé publique

27.3. Le fonctionnement de la Commission des Usagers

L'accès aux plaintes et réclamations des usagers ou de leurs proches adressées au Centre Hospitalier ainsi que les réponses apportées sont mises à disposition de la Commission des Usagers.

La Commission des Usagers respecte la procédure de traitement des plaintes définie par le Centre Hospitalier.

Les propositions d'actions d'amélioration formulées par la Commission des Usagers sont soumises au Directeur du Centre Hospitalier et présentées le cas échéant en Directoire, en Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médicotechnique et en Commission Médicale d'Etablissement.

La Commission des Usagers reçoit 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'Etablissement, ainsi que les vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- Un registre des réclamations et des plaintes, hors recours contentieux et recours gracieux, adressées au Centre Hospitalier par les usagers ou par leurs proches de l'année en cours – à la demande d'un des membres de la Commission des Usagers, l'ensemble des informations relatives à une réclamation peuvent être étudiées en séance dans l'objectif de définir une ou plusieurs pistes d'amélioration ;
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées ainsi que les délais dans lesquels le Centre Hospitalier satisfait à ces demandes ;
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, et en particulier les appréciations formulées par les usagers dans les questionnaires de sortie ;

- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre le Centre Hospitalier par les usagers.

Textes de référence

Article L. 6144-1 du Code de la Santé publique
Article L. 1112-1 et L. 1112-2 du Code de la Santé publique

Article 28. Les Conseils de la Vie Sociale (CVS)

28.1. Les attributions des Conseils de la Vie Sociale

Il s'agit d'un organe consultatif sur toutes les questions relatives à la vie dans les différents Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Les Conseils de la Vie Sociale, instances d'expression des résidents, des familles, du personnel et de l'organisme gestionnaire, donnent leur avis et font des propositions sur les droits et libertés des personnes mais également 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.

Les Conseils de la Vie Sociale doivent être informés de la suite donnée aux avis et propositions qu'ils ont pu émettre.

Les Conseils de la Vie Sociale sont associés à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement et de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. Ils sont sollicités dans le cadre de la démarche d'évaluation. Ils analysent les résultats des enquêtes de satisfaction. Ils sont obligatoirement consultés sur le règlement de fonctionnement.

Les membres du CVS peuvent orienter les **demandes d'informations ou les réclamations** vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits.

28.2. La composition des Conseils de la Vie Sociale

Ils comprennent a minima :

- Deux représentants des personnes accompagnées,
- Un représentant des professionnels employés,
- Un représentant de l'organisme gestionnaire.

Selon la catégorie d'ESSMS, s'ajoutent les membres suivants :

- Des représentants des groupements de personnes accompagnées,
- Des représentants de familles ou des proches aidants,
- Des représentants légaux,
- Des mandataires judiciaires à la protection des majeurs,

- Des bénévoles,
- Le médecin coordonnateur et des membres de l'équipe médico-soignante.

Peuvent également assister aux débats :

- Un représentant de la commune d'implantation ;
- Un représentant du Conseil Départemental ;
- Un représentant de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ;
- Une personne qualifiée ;
- Le représentant du défenseur des droits.

À noter que le nombre de représentants des personnes accueillies d'une part, et de leurs familles ou de leurs représentants légaux d'autre part, devra être supérieur à la moitié du nombre total des membres du Conseil de Vie Sociale. Les noms des membres du conseil sont portés à la connaissance des résidents par voie d'affichage.

28.3. Le fonctionnement des Conseils de la Vie Sociale

Les Conseils de la Vie Sociale sont au service des usagers ; aussi si l'une des prescriptions du décret sur le fonctionnement ne peut se réaliser, cela ne doit pas empêcher pour autant le fonctionnement des Conseils de la Vie Sociale avec des aménagements. L'essentiel est que l'esprit de la loi sur la participation des usagers soit respecté.

Les Conseils de la Vie Sociale se réunissent au minimum trois fois par an sur convocation de leur Président, sur la demande des deux tiers des membres, ou sur demande de la Direction de la structure. Les réunions sont publiques.

Dans la mesure du possible, la convocation sera adressée au minimum 15 jours avant la date de réunion prévue. L'ordre du jour est fixé par le Président et communiqué au minimum 15 jours avant la tenue du Conseil, en même temps que la convocation. Toutes les informations utiles et nécessaires à l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour seront adressées simultanément aux intéressés.

Il est à noter l'importance d'un travail permanent en partenariat entre le Président et la Direction de la structure (qui siège avec voix consultative) pour assurer l'aide, le soutien et le conseil nécessaires au bon fonctionnement de cette instance de concertation.

Les Conseils de la Vie Sociale délibèrent sur les questions figurant à l'ordre du jour.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des personnes accueillies ou des représentants légaux présents, est supérieur à la moitié des membres.

Dans le cas contraire, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure.

Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents.

En cas de désaccord, la voix du Président est prépondérante.

Les informations échangées relatives aux personnes doivent rester confidentielles.

Les débats doivent se dérouler dans le respect de la libre parole de tous qu'il s'agisse de personnes dépendantes ou non.

Par ailleurs, les Conseils de la Vie Sociale sont tenus informés lors des séances ultérieures des suites réservées aux avis et propositions qu'ils ont émis.

Chaque année, un rapport d'activité du Conseil de Vie Sociale sera rédigé par son Président et transmis à l'instance gestionnaire compétente.

Textes de référence

Article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004

Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022

Chapitre 6. Les commissions et comités spécialisés

Article 29. Les Commissions Paritaires

29.1 La Commission Consultative Paritaire (CCP)

Une Commission Consultative Paritaire (CCP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel, compétente à l'égard des personnels contractuels. Elle est créée dans chaque département par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et gérée par un établissement situé dans le département.

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

Les représentants de l'administration sont désignés par le Directeur du Centre Hospitalier qui assure la gestion de la commission.

Elle est composée de membres titulaires et suppléants. Les contractuels participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant aux commissions consultatives paritaires à l'application des règles et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

La Commission Consultative Paritaire est consultée pour :

- Certaines décisions individuelles affectant les agents contractuels ;
- En formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2ème, 3ème et 4ème groupes à l'égard des contractuels.

La Commission Consultative Paritaire se réunit au moins deux fois par an.

Les séances des commissions ne sont pas publiques.

29.2 La Commission Administrative Paritaire (CAP)

Une commission administrative paritaire (CAP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel élus pour 4 ans.

Elle est consultée sur les questions relatives à la situation et à la carrière individuelle des agents publics titulaires. Les représentants de l'administration sont désignés par l'autorité auprès de laquelle la CAP est placée. Les commissions administratives paritaires comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.

Dans la fonction publique hospitalière :

- les CAP locales sont présidées par le président de l'assemblée délibérante ou son représentant ;
- les CAP départementales, par le président du conseil de surveillance de l'établissement qui en assure la gestion ou de son représentant,
- les CAP nationales sont présidées par le directeur général de l'offre de soins et, en cas d'empêchement, par le directeur général du centre national de gestion ou son représentant.

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

Fonction publique hospitalière							
CAP	Effectif	De 4 à 20	De 21 à 200	De 201 à 500	De 501 à 1000	De 1001 à 2000	Au-delà de 2000
CAP locales et départementales	Nombre de représentants du personnel au sein d'une CAP	1 titulaire et 1 suppléant	2 titulaires et 2 suppléants	3 titulaires et 3 suppléants	4 titulaires et 4 suppléants	5 titulaires et 5 suppléants	6 titulaires et 6 suppléants
CAP nationales	Nombre de représentants du personnel au sein d'une CAP	-	-	-	4 titulaires et 4 suppléants	5 titulaires et 5 suppléants	6 titulaires et 6 suppléants

Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de dix commissions administratives paritaires distinctes.

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 (groupe unique).

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.

CAP n°10 : personnels sages-femmes

Lorsque l'autorité administrative ou territoriale prend une décision contraire à l'avis émis par la CAP, elle doit l'informer des motifs qui l'ont conduite à ne pas suivre cet avis.

Les séances ne sont pas publiques et font l'objet d'un procès-verbal.

Au sein d'une CAP, les fonctionnaires d'une catégorie examinent les décisions relatives à la situation individuelle et à la discipline des fonctionnaires relevant de la même catégorie, sans distinction de corps ou cadre d'emplois et de grade.

La commission administrative paritaire est saisie pour avis :

1° En matière de recrutement, des décisions de refus de titularisation et des licenciements en cours de stage en

cas d'insuffisance professionnelle ou de faute disciplinaire ;

2° Des questions d'ordre individuel relatives :

- a) Au licenciement du fonctionnaire mis en disponibilité après qu'il a refusé trois postes qui lui sont proposés en vue de sa réintégration ;
- b) Au licenciement pour insuffisance professionnelle ;
- c) A l'admission à la retraite prévue dans les cas mentionnés aux articles 17 et 35 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière ;

3° Des décisions refusant le bénéfice du congé de formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail mentionné à l'article L. 214-1 ou du congé de formation syndicale mentionné à l'article L. 215-1 ;

4° Des décisions refusant le bénéfice de l'utilisation du compte personnel de formation, dans le cas prévu à l'article L. 422-13 ;

5° Des questions d'ordre individuel relatives au recrutement des travailleurs handicapés, s'agissant :

- a) Du renouvellement du contrat dans les cas mentionnés au II de l'article 8 du décret n° 97-185 du 25 février 1997 relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique hospitalière pris pour l'application des dispositions de l'article L. 352-4 du code général de la fonction publique ;
- b) Du non-renouvellement du contrat dans le cas mentionné au III de l'article 8 du même décret ;

6° Du rejet d'une demande d'action de formation prévue à l'article 7 du décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ;

7° Des décisions de refus d'une demande de congé de formation professionnelle dans les cas prévus à l'article 30 du même décret ;

8° Des décisions ayant pour objet de dispenser un fonctionnaire de l'obligation mentionnée au deuxième alinéa de l'article 36 du même décret.

Textes de référence

Article L261-1 à L264-4 du code général de la fonction publique
Arrêté du 8 janvier 2018 relatif aux commissions consultatives paritaires compétentes à l'égard des agents contractuels de la fonction publique hospitalière

Article 30. Le Comité d’Ethique et de Bienveillance

Le Comité Ethique et Bienveillance est une instance mandatée par l’institution, pluridisciplinaire, consultative et indépendante. Les membres sont tenus à la confidentialité et au secret médical. Il regroupe 3 établissements du GHT (CHIVA – Résidence Jules Rousse – Centre Hospitalier Ax les Thermes), les professionnels du Dispositif d’Appui et de Coordination de l’Ariège (DAC 09), des établissements et des professionnels de santé libéraux du département.

30.1. Les attributions du Comité d’Ethique et de Bienveillance

Le Comité a pour objectif d’apporter un éclairage aux professionnels et aux usagers confrontés à une situation complexe qui souhaitent bénéficier d’une aide à la décision.

Il a pour missions :

- d’identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l’établissement ;
- de favoriser la réflexion sur le sens du soin et la bienveillance ;
- de produire des avis ou des orientations générales à partir d’études de cas, questions particulières ou thèmes généraux ;
- de diffuser en interne des réflexions et des recommandations.

Le Comité ne fonctionne pas dans l’urgence et ne peut se substituer aux autres instances institutionnelles des établissements ou réglementaires spécifiques. Il n’est pas compétent pour trancher ou examiner des différends entre personnes ou pour traiter des désaccords.

Le Comité peut s’autosaisir d’une question relevant de l’éthique dans le domaine de la santé ou de la recherche biomédicale.

30.2. La composition du Comité d’Ethique et de Bienveillance

Le Comité Ethique et Bienveillance est une instance pluridisciplinaire et pluraliste composé de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leurs compétences et leurs intérêts pour les problèmes éthiques et bienveillance.

Le Comité comprend des professionnels de différents établissements et des personnes qualifiées.

Le bureau est composé du président, du vice-président, de la secrétaire.

Le Comité peut faire appel en fonction des questions inscrites à l’ordre du jour à d’autres personnes qualifiées extérieures au Comité d’Ethique.

30.3. La désignation des membres du Comité d’Ethique et de Bienveillance

Les candidats font acte de candidature auprès du Président du Comité d’Ethique.

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.

30.4. Le fonctionnement du Comité d’Ethique et de Bienveillance

L’assemblée plénière du Comité est représentée par l’ensemble de ses membres. Elle est réunie à l’initiative du Président, au moins deux fois par an. Elle peut être réunie à un rythme différent si l’activité le nécessite. Les réunions se passent à huis clos.

L’assemblée plénière du Comité émet les avis ou recommandations nécessaires, selon l’ordre du jour fixé par le bureau. Pour chaque réunion, un compte-rendu de séance est rédigé par le secrétaire et archivé. L’assemblée plénière délibère à la majorité simple des membres présents ou représentés.

Le bureau se réunit à l'initiative du Président du Comité, de la vice-présidence ou à la demande de l'un des membres permanent. Il aide le Président dans l'administration du Comité. Il peut être réuni en cas d'urgence pour donner un avis partiel avant ratification par l'assemblée plénière. Il veille aux renouvellements des membres sortants du Comité.

Les mandats sont d'une durée de 4 ans renouvelable. Le remplacement des membres du Comité se fait par moitié tous les 4 ans à une date fixée par le Comité d'Ethique après appel à candidatures. L'assiduité est demandée à tous les membres.

Article 31. La Commission de Coordination Gériatrique (CCG)

La Commission de Coordination Gériatrique se réunit au minimum deux fois par an et a un rôle consultatif. Présidée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, elle a vocation à être un lieu d'échanges et de réflexions partagés entre les professionnels salariés et libéraux, dont le médecin traitant, au bénéfice de la qualité de l'accompagnement des résidents au sein de chaque établissement. Cet échange est d'autant plus indispensable au regard de l'évolution de la population accueillie en EHPAD, de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante

Textes de référence

Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique
Articles L.314-12 et L. 312-158 du code de l'action sociale et des familles

Article 32. Les Référents Institutionnels

32.1. Le référent Laïcité

La Loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République a créé la fonction de référent laïcité au sein de l'ensemble des administrations des trois versants de la fonction publique.

Le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège a mis en place un référent laïcité ayant pour principales missions :

- Le conseil aux chefs de service et aux agents pour la mise en œuvre du principe de laïcité ;
- L'analyse et la réponse aux sollicitations portant sur des situations individuelles ou sur des questions d'ordre général ;
- La sensibilisation des agents au principe de laïcité et la diffusion de l'information au sujet de ce principe ;
- L'organisation de la journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année ;
- Le conseil en cas de difficulté dans l'application du principe de laïcité entre un agent et des usagers du service public en lien avec le responsable des relations avec les usagers.

Textes de référence

Loi du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République

32.2. Le référent Égalité Femme-Homme

L'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique signé le 30 novembre 2018 prévoit la désignation à compter du 1^{er} janvier 2022 d'un référent Égalité au sein de chaque établissement de santé, social ou médico-social.

Le référent Égalité est, notamment, chargé des quatre missions suivantes :

- L'information des agents à la politique d'égalité professionnelle menée par l'établissement ;
- La réalisation d'actions de sensibilisation des agents à l'égalité professionnelle ;
- Le conseil des agents et des services s'agissant des sujets liés à l'égalité professionnelle ;
- La participation au diagnostic de l'état de la politique d'égalité professionnelle et au suivi de la mise en œuvre des actions menées par l'établissement.

Textes de référence

Instruction de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé, datée du 5 août 2021 relative aux missions, au positionnement et aux prérogatives des référentes et référents Egalité de la fonction publique hospitalière.

32.3. Le référent Handicap

Le référent handicap assure un rôle d'interface entre les usagers et les professionnels de santé, afin de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, le séjour ou la consultation de ces derniers et la communication avec les professionnels de l'établissement et les autres acteurs du parcours de soins.

Textes de référence

Article 43 de la loi du 21 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification
Décret n° 2022-1679 du 27 décembre 2022 relatif aux missions et au cadre de l'intervention du référent handicap en établissement de santé
Instruction de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 1^{er} juin 2023 précisant les modalités de mise en œuvre du dispositif.

32.4. Le référent COVID

Suite à la mise à jour du protocole sanitaire, la désignation d'un référent COVID est prévue pour assurer la santé et pour faire face à l'épidémie.

Le référent COVID a pour missions :

- De s'assurer du respect des règles et des mesures mises en place dans l'établissement (gestes barrières, mesures d'hygiène, sens de la circulation, ...) ;
- D'informer et conseiller en ce qui concerne les mesures sanitaires ;
- De suivre les indicateurs et l'évolution de l'épidémie ;
- De mettre en application le protocole de prise en charge d'une personne présentant des symptômes et de ses cas contacts dans l'établissement.

Textes de référence

Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID 19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

32.5. Le référent des violences faites aux femmes

Dans le cadre du 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016), un référent « violences faites aux femmes » est identifié dans l'établissement autorisé en médecine d'urgences. Désigné parmi les médecins du service des Urgences, SAMU, SMUR, ce référent est chargé de la sensibilisation du personnel, sur la question des femmes victimes de violences et d'identifier les partenaires utiles.

Article 33. 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 par :

- Le directeur de la formation, de la recherche et de l'innovation ;
- Le directeur des ressources humaines ;
- Le directeur des soins ;
- La responsable des formations et du développement professionnel ;
- Les directions fonctionnelles et ou cadres supérieurs ;
- Un représentant des personnels techniques et biomédicaux ;
- Des représentants du personnel ;
- Le Président de la CME ou son représentant ;
- Une personne du système d'information en tant qu'invité.

La commission de formation a une fonction de concertation en ce qui concerne :

- La politique générale de formation ;
- Le plan de formation initial ;
- La répartition budgétaire.

Partie 3 : l'organisation des structures médicales et de soins

Chapitre 7. L'organisation des soins

Article 34. Le personnel médical, odontologique et pharmaceutique

Ils doivent se conformer aux règles d'hygiène en vigueur (port de blouse si nécessaire, etc.), aux marques d'identification du personnel (badge, tenue, etc.) et respecter l'intégralité des règles précisées dans le présent règlement intérieur.

34.1. Les praticiens inscrits à l'ordre (praticiens hospitaliers, contractuels, assistants et attachés)

Chaque praticien dispose des droits et obligations prévus dans son statut.

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical, odontologique et pharmaceutique de l'hôpital, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, assurent :

- Les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des patients hospitalisés, services de soins et consultations des patients externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de compétence pharmaceutique, etc.) ;
- La participation à la continuité et à la permanence des soins ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

La permanence des soins couvre les périodes de 18H30 à 8H30 ainsi que les samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

Les praticiens sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des patients et blessés en urgence prévu par le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGHTSSE).

Les obligations de service des praticiens à temps plein sont fixées en référence à 10 demi-journées par semaine pour les services en temps non continu et 48 heures pour les services en temps continu, hors réglementation spécifique. Leurs droits à congés s'élèvent à 25 jours de Congés Annuels (CA) et 19 jours de Récupération de Temps de Travail (RTT) par an, proratisés en fonction de la quotité de travail.

Ils bénéficient d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service.

Une nuit est décomptée en deux demi-journées, une garde de 24H correspond à quatre demi-journées.

34.2. Les praticiens associés (non-inscrits à l'ordre)

Le statut de praticien associé concerne les médecins diplômés hors Union Européenne exerçant dans les hôpitaux publics.

Pour accéder à ce statut, les praticiens doivent réussir le concours sélectif appelé « Epreuves de Vérification des Connaissances » (EVC), étape clé du parcours d'autorisation d'exercice en France.

Une fois affectés dans l'établissement, ils exercent sous supervision d'un médecin sénior, avec une autonomie progressive.

Ils peuvent participer à la permanence des soins.

Ce statut temporaire permet, à l'issue d'un Parcours de Consolidation des Compétences (PCC) d'une durée généralement de 2 ans, de prétendre à l'inscription au Conseil de l'Ordre après autorisation d'exercice délivrée par la Commission Nationale d'Autorisation d'Exercice (CNAE).

Textes de référence

Décret n° 2021-365 du 29 mars 2021 portant création du statut des praticiens associés
Articles R. 6156-901 à R. 6152-993 du Code de la santé publique

34.3. Les docteurs juniors

Les docteurs juniors exercent des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale, avec pour objectif de parvenir progressivement à une pratique professionnelle autonome.

Les docteurs juniors ont une activité en autonomie supervisée, selon un référentiel de mise en situation et d'actes établi par spécialité. Ils exercent par délégation et sous la responsabilité du médecin dont ils relèvent. Cette supervision a pour objet le conseil et l'accompagnement dans les actes accomplis jusqu'à recouvrir l'intégralité des mises en situation du référentiel.

34.4. Les internes

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation spécialisée.

Ils consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales, médicotechniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation. Ils exercent leurs fonctions par délégation et sous l'autorité du praticien agréé auprès duquel l'Agence Régionale de Santé les a affectés. Ils participent à la permanence des soins. Les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des patients (contre-visite), chaque jour, aux heures de l'après-midi arrêtées par le responsable de la structure interne. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien de la structure médicale où ils sont affectés. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif que sous la responsabilité du praticien responsable de la structure médicale concernée et à la condition qu'un praticien soit en mesure d'intervenir à tout moment. Lorsqu'ils sont affectés dans des structures d'activités médicotechniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic. Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

Les internes s'acquittent des tâches qui leur sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés.

Les obligations de service de l'interne sont de dix demi-journées par semaine :

- 8 demi-journées de service effectif en stage : activité clinique ;
- 2 demi-journées hors stage :
 - Une demi-journée de temps de formation : durant cette période, il est sous la responsabilité du coordonnateur du DES ;
 - Une demi-journée de temps personnel dite de consolidation de ses connaissances et compétences : demi-journée à utiliser de manière autonome (écriture d'articles scientifiques, formation personnelle, etc.).

Le temps de travail des internes est limité à 48 heures hebdomadaires moyennées sur 3 mois. Ce temps inclut les gardes et la demi-journée de formation universitaire. Ils ont droit à 25 jours de congés annuels répartis équitablement sur les deux semestres, soit, pour la subdivision de Toulouse, 13 jours durant le semestre d'été et 12 jours durant le semestre d'hiver.

Ils bénéficient d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage.

34.5. Les étudiants

Les étudiants hospitaliers participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation. Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'hôpital et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

34.6. Les sages-femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Article 35. Le personnel paramédical

35.1. Le Coordonnateur Général des Soins

Au Centre Hospitalier, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est confiée à un Coordonnateur général des soins.

Il coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Dans le respect de ses compétences déléguées, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au Directeur du Centre Hospitalier l'affectation de ces personnels.

Le Coordonnateur Général des Soins est assisté d'un adjoint qui le supplée et l'assiste dans l'exercice de ses missions.

35.2. Les cadres soignants de pôle

Les cadres soignants de pôle planifient, organisent et coordonnent les soins et les activités du pôle. Ils contribuent à la gestion médico-économique au sein du pôle. Ils déclinent le projet de soins institutionnel au sein du pôle en développant la démarche qualité en relation avec le Chef de pôle.

Ils collaborent au pilotage stratégique du pôle.

Ils managent l'équipe d'encadrement de proximité.

Ils mettent en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes.

35.3. Les cadres de santé

Les cadres de santé sont des cadres de proximité qui ont pour mission d'organiser les activités paramédicales, de soins, de rééducation ou médico-techniques au sein d'un service ou d'une unité de soins en veillant à la qualité et la sécurité des prestations. Ils animent et encadrent les équipes placées sous leur responsabilité, coordonnent et optimisent les moyens mis en œuvre.

35.4. Les professionnels paramédicaux

Les professionnels hospitaliers soignants, agents de service hospitalier, médicotechniques et rééducateurs concourent à la prise en charge des usagers.

Ils procèdent à la prise en charge des usagers, quelle que soit leur catégorie statutaire et en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés le cas échéant à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux usagers et à leurs proches.

Ils accomplissent les actes professionnels relevant de leur domaine de compétence dans le respect des règles déontologiques et de la réglementation en vigueur, et à ce titre sont chargés de l'exécution des prescriptions médicales et des protocoles établis par les médecins.

Article 36 Le service social

Le cadre législatif à l'exercice de la profession d'assistant de service social en milieu hospitalier a été défini dans le décret du 26 mars 1993. Un nouveau décret est paru le 26 août 2018, portant dispositions statutaires communes à certains corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière à caractère socio-éducatif.

Ainsi, « les assistants de service social ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles ainsi que les personnels de l'établissement dont ils relèvent. Ils aident les personnes accueillies et leurs familles dans leurs démarches et informent les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. »

Article 37. L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)

37.1. La Direction

Au Centre Hospitalier, la coordination générale des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants (IFSI, IFAS et IFAP) est confiée à un Directeur adjoint, Directeur des soins qui coordonne et évalue la politique de formation en lien avec l'Agence Régionale de Santé, l'Université et la Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS).

Il participe à la gestion financière de la structure et à la discussion budgétaire avec le Conseil Régional, dans le cadre de la délégation de gestion donnée par le Directeur du Centre Hospitalier.

Le Directeur Adjoint des Instituts de Formation aux Métiers de la Santé est assisté par un cadre supérieur de santé qui le supplée dans l'exercice de ses missions.

37.2. Les étudiants et élèves

Les étudiants et élèves des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage.

Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation. Ils contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils doivent également se conformer aux règles d'hygiène en vigueur (port de la blouse, du masque, etc.), aux marques d'identification du personnel (badge, etc.) et respecter l'intégralité des règles précisées dans le présent règlement intérieur.

Article 38. La permanence médicale des soins

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

La permanence médicale des soins est organisée sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile. L'organisation médicale décrite par les tableaux généraux de service détermine la durée du service normal de jour et du service relatif à la permanence des soins sur 24 heures.

Article 39. La visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation. Elle est assurée par un praticien du pôle d'activités, dans des conditions arrêtées par le responsable de la structure interne au pôle d'activités.

Article 40. La coordination des soins dispensés

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des usagers.

Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des usagers, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'une personne, ils doivent se tenir mutuellement informés.

Chacun des professionnels hospitaliers assume ses responsabilités propres et veille à l'information de l'utilisateur.

Chapitre 8. L'organisation de pôles d'activité

Le Directeur du Centre Hospitalier définit l'organisation du Centre Hospitalier en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement.

Les pôles d'activité sont composés de services et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge de l'utilisateur par les équipes médicales, soignantes ou médicotechniques.

En conformité avec la réglementation, les pôles cliniques et médicotechniques sont placés sous la responsabilité d'un Chef de pôle, responsable du pilotage stratégique et opérationnel du pôle, dans le respect des objectifs fixés.

Le Chef de pôle réalise son projet de pôle dans une logique collaborative avec le Cadre Soignant de Pôle.

Le Cadre soignant de pôle est affecté par le Directeur du Centre Hospitalier au sein du pôle, sur proposition du Coordonnateur Général des Soins, après avis du Chef de pôle.

Article 41. Les pôles d'activité

41.1. Les 6 pôles d'activité du CHIVA

L'établissement est composé de pôles d'activité comportant des services cliniques ou médico-techniques (organigramme consultable dans la GED)

Textes de référence
Article L. 6146-1 du Code de la santé publique

Le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège est composé de 6 pôles d'activité :

- Le pôle des spécialités médicales,
- Le pôle des spécialités chirurgicales,
- Le pôle de gériatrie,
- Le pôle des urgences,
- Le pôle femme-mère-enfant,
- Le pôle médicotechnique.

41.2. 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'efficience.

Ces missions leur sont confiées :

- Dans le cadre du projet de pôle approuvé par les instances et du contrat de pôle signé par le Chef de pôle d'une part avec le Directeur, après concertation avec le Directoire et avis du Président de la Commission

Médicale d'Etablissement,

- Dans le cadre de missions proposées par le Directoire et la Commission Médicale d'Etablissement.

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

Article 42. La gouvernance clinique et médicotechnique des pôles

42.1. Le Chef de pôle

Textes de référence

Article R. 6146-1 du Code de la santé publique

Articles L. 6146-1, D. 6146-1, R. 6146-8 et 9 du Code de la santé publique

42.1.1. La nomination du Chef de pôle

Le praticien chef de pôle est nommé par le directeur conjointement avec le président de la CME, pour une durée de 4 ans renouvelable une fois consécutive, sauf dérogation, dans les mêmes conditions.

42.1.2. Les missions du Chef de pôle

Le praticien, Chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique, assure diverses missions :

- Il met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.
- Il organise, avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures, services, unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.
- Il intervient dans la gestion des personnels médicaux en participant à :
 - La nomination des personnels médicaux : il propose au Directeur du Centre Hospitalier la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, cette proposition donne lieu à un avis du Président de la CME ;
 - L'admission de médecins, sage-femmes et odontologistes libéraux : il peut proposer au Directeur l'admission sur contrats de médecins, sage-femmes, odontologistes exerçant à titre libéral. Le Président de la CME donne un avis sur cette proposition.
- Il assure l'organisation d'une concertation interne au sein de son pôle, selon une fréquence minimale de deux réunions par an. Il associe pour cela toutes les catégories de personnel. La représentation de tous les secteurs d'activité du pôle doit être assurée dans le processus de concertation.
- Il est garant de la qualité des soins au sein de son pôle

42.2. Le Chef de service

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

Chaque service est dirigé par un Chef de service, responsable de structure interne, en nécessaire étroite collaboration avec le Cadre de santé.

Le Chef de service a une autorité fonctionnelle sur les secrétariats, les psychologues, et tous les professionnels qui contribuent à la prise en charge des usagers au sein du service.

42.2.1. La nomination du Chef de service

Le Chef de service est nommé par décision conjointe du Directeur du Centre Hospitalier et du Président de la Commission Médicale d'Établissement, après avis du Chef de pôle sur la base d'une candidature et d'un projet de service qu'il présente, après échange avec l'équipe du service.

La durée du mandat des Chefs de service est de quatre ans renouvelables une fois consécutive, sauf dérogation, dans les mêmes conditions.

42.2.2. Les missions du Chef de service

Le Chef de Service veille au bon fonctionnement du service et assure la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Par délégation du Chef de Pôle, il a la responsabilité d'assurer, outre la prise en charge médicale des usagers, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et, le cas échéant, l'enseignement et la recherche.

Le Chef de service est associé par le Chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec le Cadre de santé la concertation interne et favorise le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

Le Chef de service propose, en lien avec l'équipe, les projets à conduire et les présente au Chef de pôle.

Il participe activement aux démarches de recrutement, propose le cas échéant et valide les recrutements médicaux et s'articule avec le Chef de pôle, la Direction des Affaires Médicales et le Président de la Commission Médicale d'Établissement.

Le Chef de service a la responsabilité de l'ensemble de l'organisation d'un service au sein du Centre Hospitalier. Il est le garant de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients de son service.

Il joue un rôle d'accompagnateur et d'informateur auprès des familles et des patients lors de situations particulières.

Il est chargé de l'élaboration de nouveaux protocoles médicaux, de la mise en œuvre de réunions visant à analyser certains cas délicats, superviser l'organisation des soins dans le temps : tableau de service, etc.

Il valide le tableau de permanence de soins et veille à la continuité des soins. Dans ce cadre, il valide les congés des praticiens.

Il veille à ce que les praticiens de son service assurent la transmission des informations médicales nécessaires à la valorisation de l'activité.

Il valide le fait d'accueillir des étudiants en médecine et des infirmiers en pratique avancée.

Il organise l'encadrement des étudiants de 2ème et 3ème cycles qu'il accueille au sein du service. Il procède à l'évaluation des stages, qu'il transmet à l'Université de rattachement. Il est responsable de la demande d'agrément de son service.

Il s'assure de la qualité du stage (accompagnement des acquis théoriques et pratiques) des infirmiers en pratique avancée.

Il valide, en lien avec le Chef de pôle, les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux du service et des bonnes pratiques de qualité des soins assurées dans son service.

Il recense et fait remonter les besoins du service : ressources humaines, équipements, formation, etc.

Il organise l'accueil des nouveaux arrivants au sein du service, et du Centre Hospitalier. Il est systématiquement présenté à tout nouveau professionnel non médical arrivant dans le service.

42.3. Le Cadre soignant de pôle

42.3.1. La nomination du Cadre soignant de pôle

Le Cadre soignant de pôle est nommé par le Directeur du Centre Hospitalier sur proposition du coordonnateur général des soins et après information du Chef de pôle.

42.3.2. Les missions du Cadre soignant de pôle

Le Cadre soignant de pôle a des missions déléguées et des missions propres.

Dans le cadre de ses missions déléguées, le Cadre soignant de pôle :

- Participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets de pôle ;
- Définit avec le Chef de pôle la répartition des moyens alloués en fonction de l'activité et veille à optimiser les organisations ainsi que la qualité des soins dispensés aux patients ou aux résidents.

Dans le cadre de ses missions propres, le Cadre soignant de pôle :

- Participe, dans le cadre de la préparation du contrat de pôle, à l'élaboration du projet médico-soignant, le met en œuvre et l'évalue avec l'équipe cadres dans le respect du projet d'établissement ;
- Assure la responsabilité de la gestion des équipes non médicales du pôle ;
- Assure l'animation et le management de l'équipe cadres de service ;
- Assure la gestion des ressources humaines en termes de gestion des effectifs, de recrutement, de gestion des carrières, de l'évaluation, de la formation et de l'organisation des stages ;
- Met en œuvre la politique qualité et la gestion des risques ;
- Participe au suivi de l'activité et des tableaux de bord ;
- Relais la politique du Centre Hospitalier et participe aux activités institutionnelles de l'établissement.

42.4. Le Cadre de santé du service

Ses missions sont, entre autres, les suivantes :

- Il 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 ou des résidents ;
- Il coordonne les activités de son unité, participe à sa gestion, anime son ou ses équipe(s) de soins ou médicotextiques ;
- Il respecte et fait respecter les règles professionnelles ;
- Il veille au respect des droits et devoirs des usagers 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 usagers.

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

42.5. Le Directeur de pôle

Le Directeur de pôle est nommé par le Directeur du Centre Hospitalier.

Il participe, en association avec le Chef de pôle clinique ou médicotechnique et le Cadre Soignant de pôle, au pilotage du pôle. Il accompagne le pôle dans ses démarches et ses projets. Il facilite la mise en œuvre et le suivi des projets du pôle, et en assure la communication auprès de la direction.

Il fait le lien avec l'équipe de direction en communiquant les actualités du pôle, ainsi que les problématiques que le pôle peut rencontrer.

Il a un rôle technique de lecture et d'accompagnement, en particulier dans la définition et la conduite des projets, dans toutes leurs dimensions (RH, financière, logistique et technique).

Ses missions au niveau du pôle sont les suivantes :

- Coordination et suivi des projets stratégiques du pôle en déclinaison du projet d'établissement ;
- Contractualisation : coordonne l'élaboration du contrat de pôle en lien avec les directions fonctionnelles, organise le suivi et l'évaluation du contrat de pôle en lien avec la cellule d'analyse de gestion;
- Organisation des instances du pôle et participation au bureau de pôle.

Article 43. 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.

43.1. 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.

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.

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. 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 de service soient réguliers et garantissent l'expression des personnels.

43.2. Le contrat de pôle

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 du 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 objectif la réalisation des objectifs stratégiques et des objectifs majeurs de l'établissement. Ils font l'objet d'indicateurs de réalisation, annexés au contrat.

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

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

43.3. Le projet de pôle

Le projet de pôle est élaboré par le Chef de pôle qui organise une concertation interne associant toutes les catégories professionnelles, et priorise et coordonne les projets de service entre eux, en s'assurant de leur cohérence avec le Projet d'Établissement.

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux services et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de son champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation 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.

43.4. Les instances de pilotage

43.4.1. 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, ainsi que des collaborateurs non médicaux assistants le Chef de pôle. Le bureau a la possibilité de faire participer des membres invités.

Le bureau de pôle se réunit autant que de besoin.

43.4.2. Les réunions de service

Le Chef de service 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.

Chapitre 9. La démarche qualité, gestion des risques et les dispositifs de vigilance

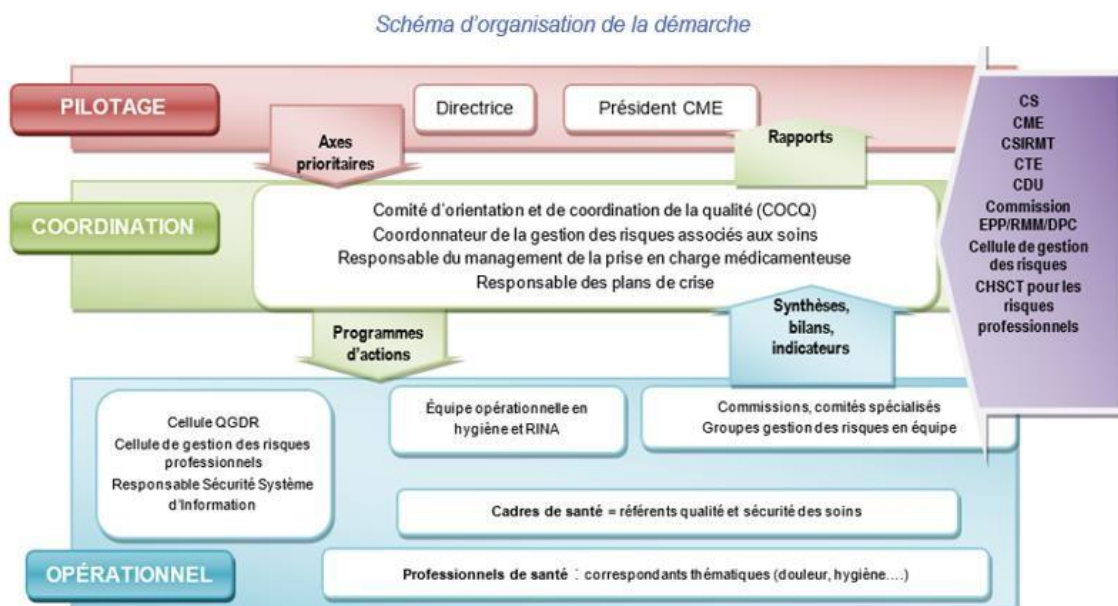
Article 44. La politique qualité

44.1. 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.

Organisation de la démarche qualité *Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège*

Le dispositif de pilotage de l'établissement en matière de management de la qualité et des risques comprend 3 niveaux, de pilotage, de coordination et opérationnel. Les missions des principaux acteurs ont été précisées et les axes sont revus chaque année.



44.2. 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. La Direction qualité, gestion des risques :

- Pilote et met en œuvre la politique qualité en s'appuyant sur différents acteurs et comités ;
- 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-évaluation, 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 Usagers (CDU) ;
- Suit l'avancée des actions et les fédère ;
- Contribue, par ses actions et interventions, à renforcer la sécurité des soins avec les professionnels ;
- Promeut la culture positive de l'erreur et accompagne les professionnels dans la déclaration des événements indésirables associés aux soins ainsi que dans les analyses et la recherche d'actions d'amélioration ;
- Recueille les indicateurs qualité des soins obligatoires, organise la présentation des résultats auprès des instances et prévoit les améliorations en lien ;
- Gère l'analyse des dispositifs de satisfaction des usagers (E SATIS et questionnaires de sortie) dont les résultats sont partagés avec les instances et notamment la CDU (Commission des Usagers) afin de mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.

Le dispositif de pilotage de l'établissement en matière de management de la qualité et des risques comprend 3 niveaux : de pilotage, de coordination et opérationnel. Les missions des principaux acteurs ont été précisées et les axes sont revus chaque année.

44.3. L'organisation de la démarche de certification

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements sanitaires 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.

La certification des établissements de santé s'appuie sur une démarche d'évaluation de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel et sur une évaluation externe par les pairs. L'appréciation du niveau de qualité atteint est évaluée sur l'ensemble des activités de soins de l'établissement.

La certification évalue les pratiques professionnelles et les risques liés aux activités de soins.

A 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. La préparation et le déroulement de cette procédure s'appuient en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires (constituées de professionnels médicaux et paramédicaux accompagnés par la direction qualité) qui se coordonnent de façon transversale et sur un groupe de pilotage et de suivi.

Textes de référence

Article R. 6113-2 du Code de la santé publique

Les résultats de la visite de certification font l'objet d'une publication et sont mis à disposition des usagers conformément à l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

44.4. L'organisation de la démarche d'évaluation de la qualité en ESMS

Au même titre que la procédure de certification, la procédure d'évaluation de la qualité en ESMS constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements sociaux et médicosociaux (ESMS).

L'évaluation du niveau de qualité des prestations délivrées par les ESMS est réalisée par des organismes, tiers extérieurs indépendants, autorisés à procéder aux évaluations lors d'une visite au sein des ESMS. La procédure d'évaluation, indépendante de l'ESMS et de son (ses) autorité(s) de tarification et de contrôle, porte sur la qualité des prestations délivrées aux personnes accompagnées.

Elle est évaluée à partir des objectifs et critères d'évaluation, co-construits au niveau national avec les professionnels et les personnes accompagnées. Le référentiel constitue le socle du dispositif d'évaluation. Il répertorie les exigences à satisfaire par l'ESMS et les éléments nécessaires à leur évaluation.

La démarche d'évaluation constitue un levier de mobilisation des professionnels, dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des accompagnements délivrés aux personnes accueillies.

Les résultats de l'évaluation de la qualité en ESMS sont mis à disposition des usagers conformément à l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

Textes de référence

Article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

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

Loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (article 75)

44.5. La gestion des réclamations et des plaintes

Le patient, le résident, 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, il peut soit y procéder directement en informant l'utilisateur de la faculté de saisir le médiateur compétent de la CDU, soit saisir lui-même le médiateur avec information de l'utilisateur. Le médiateur saisi rencontre l'utilisateur dans les meilleurs délais et adresse le compte-rendu de cette rencontre dès que possible au président de la CDU ; 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 CDU. Si l'utilisateur 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 de Conciliation et d'Indemnisations, 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 CDU 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. Il est à noter qu'à toutes les étapes mentionnées ci-dessus l'utilisateur, son représentant légal ou ses ayants droits peut faire appel à un représentant des usagers de leur choix.

44.6. Les enquêtes et questionnaires

44.6.1. 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.

Textes de référence

Article R. 1112-67 du Code de la santé publique

44.6.2. Les enquêtes

E-Satis est le dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients, piloté par la Haute Autorité de Santé. Cette mesure est effectuée depuis avril 2016 dans tous les établissements de santé concernés, grâce à des questionnaires fiables et validés par la Haute Autorité de Santé.

Concrètement, 2 semaines après la sortie, l'utilisateur reçoit un mail envoyé automatiquement, contenant un lien unique, individuel et sécurisé lui permettant de se connecter au questionnaire e-Satis en ligne. Il peut y répondre jusqu'à 10 semaines suite à cet envoi.

Pour en savoir plus sur le rôle et la participation des patients :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2660702/fr/donner-son-avis-sur-son-hospitalisation

En EHPAD, une enquête annuelle est organisée auprès des résidents et de leurs proches.

Il en est de même pour les usagers de certaines unités de l'hôpital comme, par exemple, l'imagerie.

Article 45. Le comité d'orientation et de coordination de la qualité (COCQ)

45.1. Composition

Le comité est pluridisciplinaire, sa composition est fixée par le règlement intérieur en vigueur et comprend :

- Le Président de la CME ou son représentant ;
- Le chef d'établissement ou son représentant ;
- Le directeur adjoint chargé de la qualité et de la gestion des risques ;
- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;

- Le responsable qualité, gestion des risques ;
- Les membres de la direction qualité et gestion des risques ;
- Le coordonnateur général des soins ou son représentant ;
- Le directeur de la formation, de la recherche et de l'innovation ;
- Un représentant de la Commission des Usagers.

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

45.2. Attributions

Les attributions du comité sont les suivantes :

- Définir la politique et le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité, sécurité et gestion des risques qui sera proposés à la CME, à la CSIRMT et au directoire ;
- Assurer le suivi des événements indésirables graves ;
- Assurer le suivi du plan d'actions institutionnelles en rapport avec la qualité, sécurité et gestion des risques Suivre les indicateurs de performance (IQSS, hôpital numérique, etc..) ;
- Définir les indicateurs de suivi dans le cadre des contractualisations internes ;
- Superviser les actions de communication en rapport avec la qualité, sécurité et gestion des risques dans les instances et auprès des professionnels ;
- Définir la stratégie de la certification, superviser le suivi des démarches de certification, de gestion de crise et les visites d'évaluation des risques.

45.3. Fonctionnement

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

Le règlement intérieur est adopté par le comité et validé par le directeur ou son représentant et le président de la CME ou son représentant.

Article 46. La gestion et le signalement des événements indésirables

Tout agent qui constate un événement indésirable qui a causé ou aurait pu induire des conséquences pour un usager, un personnel ou un bien de l'établissement doit en informer le Directeur du Centre Hospitalier et son supérieur hiérarchique direct.

La transmission à la Direction du Centre Hospitalier s'effectue au moyen d'une fiche de signalement des événements indésirables, disponible sur le portail intranet du Centre Hospitalier.

Le professionnel hospitalier peut remplir seul cette fiche ou se faire aider par le personnel d'encadrement.

La cellule Qualité assure le suivi de tous les Événements Indésirables. Cette organisation vise à :

- Mettre en œuvre des actions de formation, de communication auprès des personnels permettant de développer la culture de sécurité au sein de l'établissement ;
- Mettre en place une expertise permettant de gérer et d'analyser ces événements ;
- Etablir un bilan annuel des actions mises en œuvre et un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi pour lutter contre ces événements indésirables ;
- Mettre en place un dispositif permettant d'assurer la cohérence de ces actions.

En cas de survenue d'un événement indésirable pouvant conduire à un dommage associé aux soins, une organisation est en place pour assurer l'information et le suivi de tout usager.

Malgré les barrières mises en place, les risques liés aux activités de soins ne sont pas toujours prévisibles. Chaque incident ou accident signalé par un professionnel de santé est analysé par la cellule Gestion Des Risques (GDR). L'incident déclaré fait l'objet d'une analyse pluri professionnelle. Des actions correctives sont impulsées pour prévenir des récides. Des revues de dossiers sont effectuées pour les événements indésirables graves en y incluant des membres de la F3SCT sur les sujets relevant de leurs compétences et relevant directement un agent du CHIVA.

Des formations innovantes sont également proposées comme la chambre des erreurs médicamenteuses. Un outil ludique, moderne et pédagogique de simulation en santé qui reprend les situations les plus à risque. Le soignant analyse ses pratiques, actualise ses connaissances tout en développant une culture de sécurité des soins.

Toutes ces méthodes s'inscrivent dans la démarche de Développement Professionnel Continu (DPC) et de gestion des risques en équipe. Le Centre Hospitalier est reconnu officiellement comme organisme formateur validant le Développement Professionnel Continu.

Chaque retour d'expérience et réclamations sont analysés et présentés en détail aux représentants des usagers de Centre Hospitalier.

Article 47. La Gestion des risques : organisations des vigilances sanitaires

La gestion des vigilances au CHIVA repose notamment sur la mise en place d'un réseau de référents en charge de la prévention, de la surveillance, du signalement auprès des autorités sanitaires et du traitement de tout événement correspondant à chaque vigilance au sein de l'établissement. (Liste des référents sur la GED)

Le suivi de chaque vigilance est organisée selon un circuit précis, avec un système de signalement, un correspondant et une instance locale, en articulation avec les instances régionales et nationales.

47.1. Le correspondant d'infectiovigilance

Infectiovigilance : vigilance relative à l'ensemble des mesures spécifiques de surveillance, de prévention et de maîtrise des infections nosocomiales ou infections associées aux soins.

Au CHIVA, le praticien responsable de l'unité opérationnelle d'hygiène hospitalière est le responsable en charge de ces signalements. Il procède au signalement de ces cas par écrit et sans délai auprès de l'ARS Occitanie et du Directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter-régions. 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 et le représentant légal de l'établissement.

Le recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant faire l'objet d'un signalement est organisé selon des modalités définies par la sous-commission chargée de la lutte contre les infections nosocomiales.

Le nombre annuel de signalements dans l'établissement est indiqué dans le bilan standardisé des activités de la lutte contre les infections nosocomiales prévu par la réglementation.

47.2. Les correspondants de pharmacovigilance

Pharmacovigilance : vigilance relative à la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain mentionnés à l'article L.511-1, des produits mentionnés à l'article L.658-11 et des médicaments et produits contraceptifs mentionnés à l'article 2 du décret 69-104 du 3 février 1969.

Les correspondants sont 2 pharmaciens de la PUI. Ils sont responsables au sein de l'établissement de la dispensation et du suivi des médicaments dérivés du sang, ainsi que de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives à ces médicaments, dans les conditions prévues par la réglementation.

Ils concourent dans l'établissement à la pharmacovigilance, telle qu'elle est définie par la réglementation, en développant notamment des actions d'information interne en partenariat avec le centre régional de pharmacovigilance, et en apportant une aide aux professionnels de l'établissement pour leur déclaration d'incidents.

47.3. Le correspondant d'hémovigilance

Hémovigilance : vigilance relative à l'ensemble des procédures de surveillance, d'évaluation et de prévention des incidents et effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles (PSL). Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle, de la collecte des produits sanguins labiles jusqu'au suivi des receveurs.

Le correspondant au CHIVA est un médecin qui est en lien avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, le coordonnateur régional d'hémovigilance, et l'établissement de transfusion sanguine Occitanie. Il est chargé d'assurer au sein de l'établissement :

- 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 Nouvelle-Aquitaine 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.

47.4. Le correspondant de matériovigilance

Matériovigilance : vigilance relative à la surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant résulter de l'utilisation des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché.

2 correspondants sont identifiés au CHIVA (pharmacien et ingénieur biomédical)

La désignation des correspondants est portée à la connaissance du Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé par l'établissement.

Il est chargé :

1° dans le cadre de ses relations avec l'échelon national :

- de transmettre sans délai au Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès de lui au titre du signalement obligatoire prévu par la réglementation,

- de transmettre au Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, selon une périodicité trimestrielle, les déclarations d'incident ou de dysfonctionnement faites auprès de lui au titre du signalement facultatif prévu par la réglementation,

- d'informer les fabricants concernés des incidents ou risques d'incident mentionnés ci-dessus,

- d'informer l'Agence de la Biomédecine de tout signalement d'incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la préparation, la conservation d'éléments et produits du corps humain,

- de conduire les enquêtes et travaux relatifs à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux demandés par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;

2° au sein de l'établissement :

- d'enregistrer, d'analyser et de valider tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical,

- de recommander, le cas échéant, les mesures conservatoires à prendre à la suite d'une déclaration d'incident,

- de donner des avis et conseils aux déclarants pour les aider à procéder au signalement des incidents,

- de sensibiliser l'ensemble des utilisateurs aux problèmes de matériovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;

3° de signaler au centre régional de pharmacovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux destinés à l'administration de médicaments ou incorporant une substance considérée comme un médicament au sens de la réglementation ;

4° de signaler au correspondant local d'hémovigilance tout incident ou risque d'incident provoqué par les dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la fabrication et l'administration de produits dérivés du sang.

47.5. Le correspondant de réactovigilance

réactovigilance : vigilance concernant les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV) qui a pour objet la surveillance des incidents et des risques d'incidents susceptibles d'entraîner des effets néfastes pour la santé des personnes.

Le correspondant au CHIVA est un médecin biologiste

Il est chargé :

- d'enregistrer et d'analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical de diagnostic in vitro (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 au niveau de l'Agence de la Biomédecine,

- 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

47.6. Le correspondant de biovigilance

Biovigilance : vigilance consistant à surveiller et prévenir les risques liés à l'utilisation à des fins thérapeutiques d'éléments et produits issus du corps humain tels les organes, les tissus, les cellules d'origine humaine excepté le sang et les gamètes, et pour les produits thérapeutiques annexes

Le correspondant au CHIVA est un médecin réanimateur

Son identité, sa qualité et son expérience sont communiquées au Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ainsi qu'au Directeur général de l'Agence de la Biomédecine.

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 le correspondant local de l'Agence de la Biomédecine de tout incident ou effet indésirable survenu dans les activités de prélèvement ou de greffe d'organes ou de tissus,
- 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'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé 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. Le Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut demander au correspondant local de mener à bien toute investigation et toute étude relative à la biovigilance.

47.7. Le correspondant identitovigilance

Identitovigilance : vigilance relative au système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients. Son objectif est de fiabiliser l'identification du patient et les documents le concernant pour contribuer à la qualité de sa prise en charge.

Le correspondant en identitovigilance est un attaché d'administration, il est un point de contact privilégié entre les équipes soignantes, administratives et la cellule d'identitovigilance (CIV) de la structure.

Le correspondant en identitovigilance a pour missions de :

- Garantir la fluidité de circulation des informations ascendantes et descendantes entre la CIV,
- et les professionnels
- Signaler des événements indésirables en lien avec l'identification de l'utilisateur ;
- Signaler d'éventuelles difficultés opérationnelles rencontrées par les équipes lors de l'application des procédures d'identitovigilance ou des besoins de révision des procédures ;
- Transmettre des informations nécessaires en matière de bonnes pratiques et participer au déploiement des actions d'amélioration ;

Liste nominative des correspondants pour les vigilances consultables dans la GED.

Article 48. La gestion de crise et la mise en œuvre du plan blanc

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, le CHIVA est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Ce plan définit les modalités de gestion de crise du Centre hospitalier lorsqu'il est confronté à :

- des situations impliquant une augmentation importante de son activité (afflux de patients liés à une épidémie, situations sanitaires exceptionnelles de toutes natures comme des accidents routiers de grande ampleur, catastrophes industrielles, attentats...),
- une problématique altérant significativement sa capacité de prise en charge (inondation, cyber-attaque paralysant le fonctionnement) pouvant nécessiter des mesures de grande ampleur, y compris le transfert de certains patients voire une évacuation de l'établissement. Les modalités de gestion de crise sont ainsi prédéfinies dans ce dispositif de crise appelé « Plan Blanc »

48.1. Les objectifs du Plan Blanc

Le Plan Blanc prend en compte les objectifs du dispositif « ORSAN » (dispositif d'Organisation de la Réponse du Système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle) arrêté par l'ARS.

Dans ce cadre, il définit notamment :

- 1° Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée,
- 2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise,
- 3° Des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement,
- 4° Les modalités d'accueil et d'orientation des patients,
- 5° Les modalités de communication interne et externe,
- 6° Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement,
- 7° Un plan de sécurisation et de confinement de l'établissement,
- 8° Un plan d'évacuation de l'établissement,
- 9° Des mesures spécifiques pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques,
- 10° Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Il prévoit les modalités selon lesquelles le personnel nécessaire peut-être maintenu sur place ou, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie.

De facto, tous les professionnels qui travaillent dans l'établissement sont concernés, à savoir les médecins, les soignants, les personnels des services administratifs, logistiques, techniques.

Le plan blanc est consultable par tous les professionnels dans la GED du CHIVA.

48.2. La cellule de crise

La cellule de crise rassemble les compétences pluridisciplinaires nécessaires. Elle coordonne les actions à mettre en œuvre et prend les décisions adéquates qui s'imposent à l'établissement.

Elle est pilotée par le Directeur de l'établissement ou son représentant. Elle a pour rôle principal la coordination de l'ensemble des services du CHIVA en cas de déclenchement du Plan Blanc.

La composition détaillée de la cellule de crise est précisée dans le Plan Blanc.

Elle est formalisée en des fiches opérationnelles actualisées qui détaillent également les consignes de chacun.

Les membres de la cellule de crise disposent de suppléants identifiés et qualifiés.

Le service qualité et gestion des risques est chargé de la conservation du document, de sa maintenance et de sa diffusion. Le Plan Blanc est évalué et révisé chaque année.

Textes de référence

Articles L.3131-7 à L.3131-11 du Code de la santé publique
Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (Articles R. 3131-13 à R.3131-14 du CSP).

Article 49. Le développement durable et la gestion des déchets

Le CHIVA a décidé de développer les actions de développement durable qu'il mène déjà et de les élargir à d'autres thématiques en déployant les axes de politique RSE.

Les objectifs de cette politique de management du développement durable sont :

- Réduire les pollutions et les nuisances générées par nos établissements de santé.
- Améliorer les performances environnementales de l'établissement.
- Œuvrer pour la mise en conformité avec la réglementation en vigueur.
- Prendre en compte les exigences environnementales de la certification HAS.
- Intégrer des thématiques sociales et sociétales.
- Maîtriser les coûts.

La gestion des déchets doit être effectuée sur les établissements en se conformant à la procédure CHIVA-PR-CHIVA-008 (consultable dans la GED).

Les différentes zones de stockages , les contenants utilisés et les différentes filières de tris doivent être respectés.

Partie 4 : les dispositions relatives aux droits, libertés et devoirs des patients, et des usagers

Chapitre 10. La charte du patient hospitalisé

Le Centre Hospitalier respecte les principes issus de la circulaire DHOS du 02 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Les principes inscrits dans cette charte du patient hospitalisé sont les suivants :

- Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge ;
- Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins ;
- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale ;
- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient ;
- Un consentement adapté est prévu pour certains actes ;
- Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles ;
- La personne hospitalisée peut à tout moment quitter l'établissement (sous réserve des dispositions particulières à certains patients) ;
- La personne hospitalisée est traitée avec égards ;
- Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ;
- La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant ;
- Toute personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil.

Textes réglementaires

Circulaire DHOS du 02 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

Chapitre 11 : Le droit à l'information de l'utilisateur et de ses proches

Article 50. L'information générale

50.1. Le livret d'accueil

Conformément à l'article L. 1112-2 du Code de la santé publique, toute personne admise dans une unité clinique ou médicotechnique reçoit le livret d'accueil de la personne hospitalisée comprenant tous les renseignements utiles sur les conditions d'admission, de séjour, de sortie et sur l'organisation générale de l'établissement.

Chaque établissement du Centre Hospitalier remet à la personne accueillie, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexé la Charte de la personne accueillie. Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et ses modalités de consultation.

Chaque établissement du Centre Hospitalier adapte le contenu de son livret d'accueil en fonction de son organisation générale et de la nature de ses activités. La présentation du livret d'accueil est libre, mais doit rendre compte de rubriques spécifiques suivant l'activité de l'établissement.

Textes réglementaires
Article L. 1111-2 du Code de la santé publique

50.2. Information sur l'identité des professionnels

Tous les patients hospitalisés et usagers du Centre Hospitalier ont la possibilité d'identifier l'identité et la profession des professionnels en charge de leur prise en soins ou bien de leur accompagnement au cours de leur séjour. Des exceptions peuvent être accordées pour des raisons de sécurité. Ces éléments sont spécifiés sur les blouses grâce à un badge.

50.3. Information sur la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

La désignation de la personne de confiance est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que l'utilisateur n'en dispose autrement.

Si le patient/résident le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient/résident est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du Juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le Juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Lors de son hospitalisation au sein du Centre Hospitalier ou de son institutionnalisation en EHPAD, le patient ou le résident se voit proposer de désigner une personne de confiance. La désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation mais un droit.

Textes réglementaires

Article L. 1111-6 et R. 1112-9 du Code de la santé publique

50.4. Information à la famille et aux proches

L'usager a droit à toutes les informations qu'il désire obtenir concernant son état de santé. En revanche, ses proches y ont un accès limité.

Dans chaque service du Centre Hospitalier, les médecins reçoivent les proches dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance du patient ou du résident et de ses proches. Les indications d'ordre médical peuvent être données par le médecin dans les conditions définies par le Code de Déontologie Médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient/résident peuvent être fournis par des personnels qualifiés à ses proches.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que les proches du patient ou du résident ou sa personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient/résident, sauf opposition de ce dernier.

Lorsqu'un usager est transféré dans un autre service du Centre Hospitalier, le service à l'origine du transfert du en informe sa personne de confiance et/ou ses proches.

Article 51. Information médicale

Textes réglementaires

Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

Articles R. 1112-1 et les suivants du Code de la santé publique

51.1. Information de l'usager sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications

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.

La personne concernée doit également en être informée lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, sauf dans le cas où la personne concernée n'est pas retrouvable. 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.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions spécifiques au patient mineur. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues par le présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. 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.

Textes réglementaires

Article L. 1111-2 et suivants du Code de la santé publique
Articles R. 1112-2 et les suivants du Code de la santé publique

51.2. Information relative au dossier médical

Le dossier médical est constitué de trois types d'informations.

- Les informations formalisées recueillies lors de consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service d'urgence au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier. Ceci concerne les informations médicales, de soins infirmiers et de soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- Les informations formalisées en fin de séjour ;
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tel tiers.

Les informations médicales et relatives aux soins dispensés, et les informations formalisées en fin de séjour utiles à la continuité des soins sont remises à la personne en fin de séjour ou, si elle le demande, envoyées au médecin de son choix. Les informations recueillies auprès d'un tiers ne sont pas communicables. Dans le dossier du patient/résident, elles doivent être inscrites dans le formulaire « notes non communicables au patient/résident ».

51.3. La communication du dossier médical

L'utilisateur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, a accès à l'ensemble des informations détenues concernant sa santé, à quelque titre que ce soit, par le Centre Hospitalier intercommunal des vallées d'Ariège et les professionnels de santé qui y exercent.

Les professionnels de santé peuvent recommander la présence d'une tierce personne (médecin du service concerné ou médecin médiateur) lors de la consultation de certaines informations, notamment s'ils estiment qu'il y a un risque pour la personne concernée d'une connaissance des éléments de son dossier sans un accompagnement. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

À titre exceptionnel, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte d'un patient atteint d'une problématique de santé mentale (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

51.3.1. Les personnes pouvant accéder au dossier médical

Pour la personne majeure

La personne majeure a accès librement à son dossier médical. La demande n'a pas à être motivée.

Pour le patient mineur

Lorsque le patient est mineur, la demande d'accès au dossier médical doit être effectuée par le détenteur de l'autorité parentale. Le patient mineur peut toutefois faire une demande d'accès au dossier par l'intermédiaire d'un médecin.

L'usager majeur protégé

Lorsque l'usager est un majeur protégé, la demande d'accès au dossier médical doit être effectuée par le tuteur. L'accord de l'usager majeur protégé n'est pas une obligation.

Les ayants droit

Les ayants droit du patient/résident sont son conjoint survivant et ses légataires universels ou à titre universel. Le concubin n'a pas qualité d'ayant droit sauf si des dispositions testamentaires particulières ont été constituées.

Les ayants droit peuvent obtenir la communication de certains éléments du dossier médical de la personne décédée. Les raisons de demande sont les suivantes :

- Connaître les causes de la mort du défunt ;
- Défendre la mémoire du défunt ;
- Faire valoir des droits.

Toutefois, l'établissement ne peut faire droit à la demande si la personne, avant son décès, avait exprimé sa volonté de ne pas voir transmettre son dossier médical.

Chacun des ayants droit peut demander à titre individuel, l'accès au dossier médical du défunt. Il n'est pas nécessaire dans ce cas de recueillir l'avis de tous les ayants droit avant d'effectuer la communication. À ce titre, l'existence d'un conflit entre ayants droit ne peut être retenue pour refuser l'accès au dossier de l'un d'entre eux.

51.3.2. Les informations du dossier communicables

Toutes les informations concernant l'usager étant formalisées ou faisant l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé sont communicables à l'usager.

Ces informations sont les suivantes :

- Les résultats d'examens ;

- Les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- Les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- Les feuilles de surveillance ;
- Les correspondances entre professionnels de santé.

Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ne sont pas communicables. L'utilisateur peut cependant accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'il désigne.

Les informations du dossier médical du défunt communicable aux ayants droit renvoient aux motifs stricts de la demande dans le respect de la réglementation en vigueur.

Textes réglementaires
Articles R. 1111-1 et R. 1111-7 du Code de la santé publique

51.3.3. Les modalités d'accès au dossier médical

Le Centre Hospitalier dispose d'un service dédié de communication du dossier médical. Celui-ci comporte un secrétariat et est sous la responsabilité du médecin du Département d'Information Médicale (DIM). Les demandes de communication de documents du dossier relatives à la continuité des soins doivent être traitées par le médecin responsable du patient/résident sans facturation.

Pour la demande d'accès au dossier médical, le demandeur doit répondre aux critères d'exigibilité prévus par la réglementation pour accéder à un dossier médical. Ces critères sont vérifiés avant toute communication des dossiers médicaux.

La demande est formalisée par écrit au directeur, aux services de soins ou au service de la communication des dossiers médicaux. Les demandes sont transmises et traitées par le secrétariat de la communication de dossiers médicaux.

Sous réserve des dispositions réglementaires spécifiques (dossier transfusionnel, patient mineur, etc.), les demandes de transmission de dossiers médicaux concernant des hospitalisations de plus de 20 ans ne sont pas traitées (cas prévus par la loi) et font l'objet d'une réponse négative au demandeur par le secrétariat de la communication du dossier médical.

Pour la transmission du dossier par l'établissement, le médecin du Département d'Information Médicale autorise et assure la communication des informations demandées en veillant à ne pas transmettre les informations recueillies auprès d'un tiers.

L'utilisateur, ou le demandeur, ont trois possibilités pour avoir accès au dossier médical.

- Par consultation sur place avec ou sans accompagnement médical (médecin ayant pris en charge la personne ou médecin médiateur) et avec ou sans remise de copies de documents. À la suite de la consultation sur place, l'utilisateur doit remplir et signer une attestation de consultation du dossier médical sur place qui sera transmise au service de la communication des dossiers médicaux. Une copie de cette attestation est insérée au dossier de l'utilisateur.
- Par une remise en mains propres à l'intéressé du dossier médical. Un accusé de réception est rempli et signé.
- Par l'envoi en recommandé des copies par le secrétariat de la communication des dossiers médicaux. Lorsque l'utilisateur ne précise pas le mode de communication qu'il souhaite, le service de la communication des dossiers médicaux l'informe de la procédure retenue par défaut, à savoir l'envoi postal.

La preuve de la délivrance des documents est consignée dans le dossier médical pour éviter de répondre à plusieurs demandes pour les mêmes documents. La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée.

51.3.4. Les délais de communication du dossier médical

L'utilisateur doit pouvoir accéder à son dossier médical dans les huit jours à compter de la date de réception de sa demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

Ces délais sont applicables à toutes les demandes d'accès qu'elles soient des demandes de consultation sur place ou des demandes de photocopies de dossiers.

La demande faite doit être complète pour être valide.

Si le demandeur n'exprime pas de choix particulier quant aux modalités de communication du dossier médical, l'établissement doit lui faire part des possibilités qui lui sont offertes et lui préciser le système qui sera retenu en l'absence de réponse de sa part.

Si, au terme du délai prévu par la loi, le demandeur n'a pas précisé ses intentions, le secrétariat de la communication de dossiers médicaux lui transmet les informations indiquant les modalités prévues par le Centre Hospitalier.

50.3.5. La facturation de la consultation du dossier médical

La consultation du dossier médical sur place est gratuite.

Seuls peuvent être facturés les coûts occasionnés par la transmission de documents (photocopies, frais de duplication des clichés d'imagerie, coût de l'envoi postal), à l'exclusion des charges de personnel.

51.3.6. Les demandes de consultation du dossier médical identifiées comme abusives

Dans le cas où le demandeur multiplie les demandes d'accès à au dossier médical, le Centre Hospitalier peut refuser d'effectuer la communication de ce dernier dès lors que tous les documents ont déjà été transmis.

51.4. La communication des clichés d'imagerie

Dans le respect des dispositions de ce présent règlement intérieur relatives à la communication du dossier médical, il est délivré à l'utilisateur qui en fait la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans son dossier médical. Les reproductions de clichés font l'objet d'une facturation intégrée dans les frais de la reproduction des pièces du dossier transmis à l'utilisateur.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis soit à l'utilisateur, soit au médecin traitant lorsque l'utilisateur en a formulé la demande. Si les circonstances l'imposent (impossibilité de réaliser rapidement les copies des clichés), des documents originaux peuvent être remis ou adressés à l'utilisateur.

Dans ce cas, les clichés originaux sont remis à l'utilisateur ou à l'ayant droit par :

- Une remise en mains propres avec un récépissé signé par le demandeur précisant que celui dernier en devient le seul dépositaire ;
- L'envoi en recommandé avec accusé de réception par un courrier daté et signé précisant les documents transmis.

51.5. L'information sur les accidents médicaux, iatrogènes et infections nosocomiales

Tout patient/résident a le droit de recevoir des soins respectant les règles d'hygiène hospitalière. En collaboration avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), l'équipe opérationnelle d'hygiène du Centre Hospitalier s'applique à la mise en place du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour éviter qu'un patient/résident acquiert une infection nosocomiale évitable ou une bactérie résistante aux antibiotiques.

La loi et le Code de la santé publique posent le principe d'un signalement par tout professionnel, hospitalier ou non, de tout événement indésirable lié à une prise en charge médicale (accident médical, affection iatrogène, infection nosocomiale, événement indésirable associé à un produit de santé). L'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique, pose les fondements légaux de l'information des usagers engagés dans un processus de soins, de diagnostic ou de prévention. L'information des usagers sur les infections nosocomiales ou infections associées aux soins doit être mise en œuvre à différentes étapes au cours des soins :

- A l'entrée dans l'établissement de santé sur le livret d'accueil ;
- En cours d'hospitalisation et en fonction du niveau de risque des soins dispensés (intervention chirurgicale, pose de cathéter, etc.) ;
- Lorsqu'une personne a contracté une infection nosocomiale ;
- Lorsque plusieurs personnes ont été exposées au même risque infectieux par une information rétrospective.

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal. Cette information est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Textes réglementaires

Article L. 1111-2 du Code de la santé publique
Articles L. 1142 et R. 1142-4-1 du Code de la santé publique

51.6. La transmission d'informations entre professionnels de santé

Le praticien qui adresse un usager à un établissement de santé, accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge dont il dispose sur son lieu d'intervention. Cette lettre comprend les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues. Elle est adressée par messagerie sécurisée, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est incluse au dossier médical, ou lui est directement remise.

À la fin du séjour, une lettre de liaison comprenant les éléments nécessaires à la continuité des soins est remise au médecin traitant, ou, le cas échéant, au médecin qui a adressé le patient. Cette même lettre de liaison est également adressée à l'usager. La lettre de liaison comprend l'identification de la personne soignée, du médecin traitant ou du praticien adresseur ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé, le motif

d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et ceux arrêtés pendant le séjour, l'annonce ou l'attente des résultats d'examen et les suites à donner y compris d'ordre médico-social.

Textes réglementaires

Article L. 1111-22 du Code de la santé publique

51.7. Le traitement informatique du dossier

Le dossier médical est informatisé au travers du Dossier Patient Informatisé et des dossiers de spécialités. La structuration de ces éléments et leurs enrichissements doivent être de même nature et répondre à la même exhaustivité que le dossier médical papier. Des systèmes de numérisations des pièces physiques viennent compléter la capacité d'enrichissement du dossier numérique.

Lors de l'admission et du séjour au sein du Centre Hospitalier, des informations nominatives le concernant d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par les professionnels. Ces informations font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services : bureau des admissions, services médicaux et médicotechniques, service d'information médicale, etc.

Le Centre Hospitalier veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations, ainsi qu'au respect de leur stricte confidentialité. Le traitement des informations ne doit pas porter atteinte à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles de la personne soignée. La loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le Règlement général relatif à la protection des données à caractère personnel (RGPD) ont pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par l'utilisateur, pour les informations nominatives qui le concerne et qui sont contenues dans un traitement informatique. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées d'Ariège est identifié dans un registre des traitements de données personnelles et fait l'objet de mesures de sécurité technique et organisationnelle sous le pilotage du Délégué à la protection des données de l'établissement et du responsable de la sécurité des systèmes d'informations (RSSI). Le cas échéant, l'établissement réalise les formalités administratives nécessaires auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés CNIL conformément à la loi informatique et libertés. Pour tout renseignement à ce sujet, les usagers peuvent s'adresser au délégué à la protection des données du groupement hospitalier de territoire : dpo@ght09.fr

Chapitre 12 : Le respect de la personne

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des usagers inscrit dans le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés.

Article 52. Le respect de l'intimité et de la dignité

Le respect de l'intimité doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour.

Les professionnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient/résident et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par la personne occupant la chambre. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec la personne soignée sont strictement proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Le Centre Hospitalier prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients/résidents et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Article 53. Le respect de la liberté d'aller et venir

Le séjour est normalement libre sauf en cas d'une hospitalisation sous contrainte, à la demande d'un tiers et pour les détenus. Cependant, dans les situations d'accueil d'un usager présentant un état de santé psychologique ou physique vulnérable, l'établissement de santé, dans le cadre de son devoir de surveillance peut devoir assurer une certaine restriction dans la liberté d'aller et venir.

L'usager en fonction de son état physique et psychologique, et des conditions d'hébergement dans lesquelles il se retrouve, peut recevoir qui bon lui semble, à condition que cela ne perturbe pas autrui, le bon fonctionnement du service et après autorisation médicale (si nécessaire).

Textes réglementaires

Article L. 1112-56 du Code de la santé publique

Article 55. Le respect de l'exercice des cultes

Le Centre Hospitalier garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, rites funéraires, etc.). Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite au patient/résident qui en exprime le désir auprès des cadres de santé des services de soins.

Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au bon fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres patients/résidents et de leurs proches.

Le principe de la liberté religieuse doit être concilié avec le principe de laïcité qui a cours à l'hôpital public et ne doit pas faire obstacle à la bonne organisation du service. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'un patient, d'un résident, d'un visiteur, d'un professionnel de l'établissement ou externe, ou d'un bénévole.

Les signes d'appartenance religieuse, et la distribution de tout document, quelle qu'en soit la nature ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement par les patients, les résidents, leurs familles, les visiteurs ou les professionnels de l'établissement ou externe, dès lors que ces éléments constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le bon déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public. De plus, il est interdit de dissimuler son visage dans l'enceinte de l'établissement conformément à la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010. L'enceinte de du Centre Hospitalier englobe les bâtiments, les parkings, les circulations jusqu'à la limite de la propriété. Le service d'accueil pourra être en mesure d'intervenir et de demander aux personnes concernées de se contraindre au règlement intérieur et aux lois en vigueur sur le territoire français.

La charte² de la laïcité est annexée au document.

Textes réglementaires
Loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010

Article 56. Le respect du droit civique

En application des dispositions du Code électoral, le patient ou résident qui, en raison de son état de santé ou de ses conditions physiques, est dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peut exercer au sein du Centre Hospitalier son droit de vote, par procuration.

Les patients ou résidents qui souhaitent demander une procuration peuvent contacter le service état civil du Centre Hospitalier entre 09h et 17h00 du lundi au vendredi. Les résidents des EHPAD peuvent se rapprocher du service administratif de l'EHPAD entre 09h00 et 17h00 du lundi au vendredi.

Un Officier de Police Judiciaire se rend directement sur place, au Centre Hospitalier ou sur les Établissements Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), pour établir les procurations via un document CERFA, au moyen du numéro d'électeur du mandant, du mandataire, et nom, prénom et date de naissance de ce dernier.

Le patient ou le résident doit donner à l'Officier de Police Judiciaire sa pièce d'identité, son numéro d'électeur (inscrit sur carte électorale), son nom, prénom, date de naissance et numéro d'électeur du mandataire.

À noter que le mandataire ne doit pas être forcément inscrit sur la liste électorale de la même commune. Il s'engagera, en revanche, à voter dans le bureau de vote du mandant.

Le jour du vote le mandataire a uniquement besoin de sa carte d'électeur et de sa pièce d'identité lorsqu'il se présentera au bureau de vote du mandant.

La procuration peut également se faire par le mandant ou un aidant par voie numérique en se connectant sur <https://www.maprocuration.gouv.fr> par le biais de France Connect.

Pour cette procédure numérique, un numéro sera délivré à l'issue au mandant, et pourra être communiqué au service de police.

Une fois validé le mandant et mandataire reçoivent un mail de confirmation confirmant la validité de la procuration, celle-ci partant directement dans les services des Mairies concernées.

² Annexe : charte de la laïcité

Par ailleurs, un patient ou un résident peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

Textes réglementaires
Article 75 du Code civil

Article 57. Le droit à la qualité des soins

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

Textes réglementaires
Articles L. 1110-5 et suivants du Code de la santé publique
Article L. 1110-10 du Code de la santé publique

Article 58. Le droit à la prise en charge de la douleur

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

Textes réglementaires
Articles L. 1110-5 et suivants du Code de la santé publique
Article L. 1110-10 du Code de la santé publique

Article 59. Le droit à la prise en charge en soins palliatifs

Tout usager, dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect du libre choix.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils considèrent à tout moment la personne comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ils ne hâtent pas ni ne retardent le décès de la personne malade. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort.

Le Centre Hospitalier dispose de lits de soins palliatifs. L'unité mobile de soins palliatifs de l'établissement intervient sur le Centre Hospitalier pour assurer l'accompagnement des patients, résidents et des professionnels. Ses objectifs sont :

- D'aider et conseiller les équipes soignantes dans la prise en charge ;
- D'écouter et soutenir les personnes soignées et leurs proches ;
- D'aider à la réflexion sur les difficultés éthiques et thérapeutiques rencontrées par les équipes soignantes ;
- De favoriser la sensibilisation et la formation aux soins palliatifs et à l'accompagnement ;
- D'être présent en soutien des familles même après le décès.

Article 60. Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées informent sur les souhaits des personnes relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement, et en particulier de :

- Limiter ou arrêter les traitements en cours ;
- Être transféré en réanimation si l'état de santé le requiert ;
- Être mis sous respiration artificielle ;
- Subir une intervention chirurgicale ;
- Être soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. La décision de refus d'application des directives anticipées est portée à la connaissance de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches, et est inscrite dans le dossier de la personne soignée.

Un modèle de rédaction est proposé par l'établissement mais l'utilisateur peut utiliser d'autres formulaires ou rédiger ses directives anticipées sur papier libre. Les directives anticipées doivent être datées et signées, et stipulent impérativement le nom, prénom et date et lieu de naissance de la personne concernée. Elles sont intégrées informatiquement au dossier médical.

Les directives anticipées peuvent être rédigées par toute personne majeure. La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille, s'il existe. Toute personne dans l'incapacité d'écrire peut faire appel à deux témoins, dont sa personne de confiance, pour rédiger à sa place ses directives anticipées. Ces personnes doivent attester que ce document, rédigé par l'un d'entre eux ou par un tiers, exprime bien la volonté du patient ou du résident. Elles doivent indiquer leur nom, prénom et qualité et leur attestation doit être jointe aux directives anticipées.

Face à un patient ou un résident qui n'est plus en capacité d'exprimer ses volontés, les médecins doivent chercher à savoir s'il a rédigé des directives anticipées. Il est donc important qu'elles soient facilement accessibles. Le patient ou le résident doit informer son médecin et ses proches de l'existence de celles-ci et de leur lieu d'enregistrement ou de conservation.

Les directives anticipées ont une durée illimitée. Toutefois, elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.

Chapitre 13 : Le consentement de la personne

Article 61. Les conditions générales du consentement aux soins

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

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur une personne sans son consentement libre et éclairé, ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale si la personne est mineure ni sans celui du tuteur si la personne est sous tutelle.

Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi. Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Textes réglementaires

Articles L. 1111-4 et suivants du Code de la santé publique
Articles R. 1110-3 et suivants du Code de la santé publique

Article 62. Le consentement aux soins de la personne en fin de vie

Lorsque la personne en fin de vie est consciente 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 patient ou du résident et l'information qui lui a été faite sont inscrites dans son dossier médical.

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

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

Textes réglementaires

Articles L. 1111-4 du Code de la santé publique
Articles R. 1110-5-2 du Code de la santé publique

Article 63. Le consentement aux soins de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté

Lorsque l'utilisateur est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par l'utilisateur ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et

signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

Textes réglementaires

Articles L. 1111-4 du Code de la santé publique
Articles L. 1111-11 du Code de la santé publique

Article 64. Le consentement aux soins de la personne mineure

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale. Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir. Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, dans un bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence. Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité. Cas particulier des soins en urgence délivrés aux personnes mineures : En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur. Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

Textes réglementaires

Article L. 1111-4 du Code de la santé publique
Articles R. 1112-35 ET R. 4127-42 du Code de la santé publique

Article 65. Le consentement aux soins de la personne majeure protégée

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

Article 66. Le refus de soins

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi de la personne reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement en soin palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, il doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Dans ce cas, l'usager peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical. Lorsqu'un usager n'accepte pas l'intervention ou les

soins qui lui sont proposés ou souhaite interrompre le traitement, une proposition alternative de soins est systématiquement recherchée au préalable, dans toute la mesure du possible.

La sortie peut éventuellement être prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant. En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient/résident, le médecin responsable s'assure que le refus procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt. Le médecin informe, s'il y a lieu, la personne de confiance désignée, ou la famille ou un autre proche. L'utilisateur, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. En cas de refus persistant, le médecin responsable prend les décisions qu'il estime nécessaires pour la personne compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus de l'utilisateur d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

Textes réglementaires

Article L. 1111-4 du Code de la santé publique

Articles R. 1112-16 ET R. 1112-43 du Code de la santé publique

Chapitre 14 : Les dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons et aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain

Article 67. La recherche biomédicale

Les médecins peuvent proposer de participer à une recherche biomédicale. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt des usagers doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques. Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé de l'utilisateur ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi d'une part pour les personnes majeures protégées, et d'autre part pour les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique. Les usagers ou le cas échéant leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation. Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.

Dans le cas de recherches nécessitant la réutilisation d'échantillons biologiques (tissus ou cellules prélevés dans le cadre du soin par exemple) à des fins scientifiques, et où il s'avère impossible de recueillir le consentement de l'utilisateur en raison de son décès, la loi permet de conserver et d'utiliser l'échantillon bien que la personne n'ait pu en être informée. Cette dérogation ne s'applique pas dans le cas où les prélèvements sont constitués de tissus et cellule germinaux.

Concernant les études rétrospectives et le traitement de données de usagers décédés : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) prévoit que les données à caractère personnel des usagers décédés peuvent faire l'objet d'un traitement à des fins de recherche si la personne ne s'y est pas opposée de son vivant par écrit.

Textes réglementaires

Articles L. 1121-1 à L.1126-12 du Code de la santé publique
Articles R. 1121-1 à R. 1125-26 du Code de la santé publique

Article 68. Les modalités générales des prélèvements et collectes d'éléments biologiques

Le prélèvement d'éléments du corps humain ou la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable du donneur. Le donneur peut révoquer son consentement à tout moment.

Sauf exceptions prévues par la loi, aucun prélèvement de tissus ou de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne.

Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le Centre Hospitalier.

Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Textes réglementaires

Articles L. 1211-1 et L.1241-2 à L. 1241-4 du Code de la santé publique

Articles R. 1211-1 à R. 1211-10 du Code de la santé publique

Article 69. Les produits sanguins labiles

69.1. Les produits sanguins labiles

Le CHIVA dispose d'un dépôt de délivrance de PSL sur le site de Saint-Jean-de-Verges (situé dans le laboratoire), soumis à autorisation ARS pour une durée de 5 ans.

Une convention a été signée entre l'EFS Occitanie et le CHIVA (ES) et définit les clauses relatives :

- Au fonctionnement du dépôt,
- A la sécurité du dépôt,
- Aux personnels du dépôt et aux qualifications,
- Aux matériels de conservation des PSL.

Y sont décrites les modalités d'engagement de l'EFS-Occitanie envers le CHIVA et les responsabilités de l'ES.

69.2. La sécurité transfusionnelle

Le Centre Hospitalier établit pour chaque personne qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel intégré à son dossier médical.

Le médecin délivre une information orale transfusionnelle claire loyale et adaptée à l'état du patient, remet au patient un document d'information écrit, et recherche le consentement du patient à l'acte transfusionnel. Il trace dans le dossier médical avoir donné l'information et avoir recueilli ou non son consentement (pour le patient mineur, l'information est communiquée aux titulaires de l'autorité parentale et pour le patient majeur protégé, l'information est communiquée à son représentant légal).

Le médecin prescrit à l'intention du dépôt de délivrance le type et la quantité de produits sanguins labiles adaptés à l'état clinique et aux pathologies du patient. Lors de cette prescription pour obtention des PSL toutes les informations disponibles dans le dossier transfusionnel pour préciser le contexte doivent être apportées ainsi que la date et l'heure de délivrance souhaitée ou le degré d'urgence indiqué .

Le médecin prescrit à l'intention du transfuseur (IDE) l'acte transfusionnel .

Le transfuseur s'assure avant de débiter l'acte transfusionnel que le patient a bien reçu l'information et consent toujours à l'acte.

Le transfuseur effectue les contrôles prétransfusionnels de concordances et de compatibilité nécessaires.

La traçabilité de l'acte transfusionnel est réalisée dès le début de la transfusion selon des modalités définies conformément aux exigences réglementaires.

Toute interruption ou non-transfusion est également consignée dans le dossier médical.

La surveillance est particulièrement attentive et continue au moins dans les quinze premières minutes puis régulière et adaptée à la clinique et à la prescription médicale par la suite et si possible durant les 2 heures qui suivent la fin de la transfusion.

Les constantes sont relevées à la fin de la transfusion (température, pouls, pression artérielle et saturation en oxygène).

Les poches de PSL vides sont conservées dans le service 4 heures après la fin de la transfusion .

Dans le cadre d'une hospitalisation de jour ou en ambulatoire, la sortie du patient est validée par un médecin, et une information est donnée au patient précisant la conduite à tenir devant un éventuel effet indésirable survenant après sa sortie.

Dans le cadre de la transfusion en HAD, le proche aidant s'engage à rester auprès du patient durant au moins les deux heures qui suivent la fin de la transfusion.

Dans le cas où surviendrait un Effet Indésirable Receveur c'est-à-dire une réaction nocive chez un receveur liée ou susceptible d'être liée à l'administration d'un PSL.

Le transfuseur arrête immédiatement la transfusion selon la technique double nœud en vigueur (instruction DGS 16/11/ 2021), alerte immédiatement le médecin prescripteur , le dépôt de délivrance du CHVA ainsi que l'EFS (Etablissement Français du Sang basé à Toulouse Purpan) selon la procédure établie (le correspondant d'hémovigilance de l'EFS Toulouse Purpan est ainsi alerté immédiatement des numéros de PSL incriminés.

L'IDE renvoie rapidement l'ensemble des PSL de l'épisode transfusionnels (poches vides et entamées) au dépôt de délivrance du CHIVA .

Le médecin prescripteur , met en place les thérapeutiques correctives nécessaires , prescrit un bilan étiologique spécifique immédiat , tient informé le patient de la situation et trace la survenue de cet EIR dans l' observation médicale et ajoute la notion d'EIR et la date dans les ATCD transfusionnels du patient (DPI) .

L'Effet indésirable survenu doit ensuite être signalé par l'équipe soignante présente lors de l'EIR dans les plus brefs délais (c'est-à-dire le jour même) à l'unité d'hémovigilance du CHIVA et ceci en établissant une DEI (Déclaration d'Evènement Indésirable) sur la GED intranet . Cette DEI parvient au service qualité du CHIVA et est transmise ensuite au correspondant local d'hémovigilance et sécurité transfusionnelle du CHIVA pour analyse a posteriori . Le correspondant d'hémovigilance et ST du CHIVA analyse le dossier a posteriori et établit une déclaration appelée FEIR (Fiche d'effet indésirable Receveur) dans le logiciel EFIT de manière anonyme . Cette déclaration est complétée par le correspondant d'hémovigilance de l'EFS (Toulouse Purpan) et visée par le Coordonnateur Régional d'Hémovigilance (ARS) . Le correspondant d'hémovigilance et ST du CHIVA met en place des mesures correctives organisationnelles si nécessaire.

Le Centre Hospitalier doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que la personne impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires.

Le médecin responsable du séjour du patient établit un courrier de sortie complet dans lequel il reprend le nombre et le type de PSL transfusés et la survenue de l' EIR si c'est le cas. Le secrétariat d'hémovigilance adresse par courrier au patient ainsi qu'à son médecin traitant un document écrit qui comporte : le type et le nombre de PSL reçus lors de son dernier séjour hospitalier ainsi qu'une ordonnance pour effectuer à distance de la transfusion (dans les 1 à 3 mois) une analyse de recherche d'anticorps irréguliers (RAI) afin d'améliorer la sécurité d'éventuelles transfusions ultérieures.

Article 70. Le prélèvement d'organes et de tissus

Le don d'organes est un acte qui permet à une personne de son vivant ou après sa mort de faire don d'un ou plusieurs de ses organes. Le don est le premier maillon de la greffe. Il permet de sauver des vies et pour les bénéficiaires de retrouver une bonne qualité de vie.

En France, le don d'organes et de tissus est encadré par la loi n°94-654 de bioéthique du 29 juillet 1994 révisée pour la troisième fois en 2011.

Sous l'égide de l'Agence de la Biomédecine, elle répond à 3 grands principes :

- Tout le monde est présumé donneur d'organes et de tissus sauf si la personne a exprimé de son vivant le refus de donner en informant ses proches ou en s'inscrivant sur le Registre National des Refus (www.agence-biomedecine.fr ; www.service-public.fr) dès l'âge de 13 ans – ce positionnement est révocable à tout moment ; dans le cas d'un mineur, ce sont les deux titulaires de l'autorité parentale qui autorisent ou non par écrit le prélèvement d'organes.
- Le don d'organes est un acte gratuit ;
- Le don d'organes repose sur le principe de la préservation de l'anonymat.

Cette règle ne s'applique pas aux dons du vivant. En effet, certains organes peuvent être donnés par la personne de son vivant à une personne de son entourage, à condition d'apporter la preuve d'un « lien affectif étroit et stable » depuis au moins deux ans avec le receveur, et après autorisation d'un comité indépendant donneur vivant qui s'assure de la liberté de décision du donneur ainsi que des risques et conséquences éventuelles du prélèvement. Les dons peuvent concerner un rein, un lobe de foie, ou de la moelle osseuse, etc. Environ 10 % des greffes réalisées le sont à partir de donneurs vivants.

D'autres organes et tissus ne peuvent être donnés qu'après la mort, par une personne en état de mort cérébrale, lorsque tous les organes sauf le cerveau fonctionnent encore grâce à la réanimation. Le décès est objectivé par deux électro-encéphalogrammes plats ou par la réalisation d'un angioscanner qui confirme l'arrêt de la circulation cérébrale.

Toute personne quel que soit son âge peut être considérée comme un donneur potentiel, la notion de bénéfice-risque pour le receveur étant évalué au cas par cas.

Environ 20 000 personnes sont en attente de greffe en France. Deux personnes, atteintes de maladies ayant abouti à la perte ou au mauvais fonctionnement d'un organe vital, décèdent chaque jour sur liste d'attente faute de l'attribution d'un greffon. Une personne greffée peut voir sa vie prolongée de plusieurs années.

En l'absence de positionnement clair de la personne, les équipes soignantes se tourneront vers la famille et les proches pour recueillir le positionnement du défunt et sa non opposition au don de son vivant. Pour que sa volonté soit entendue, bien comprise et respectée de tous, mieux vaut la faire connaître auprès de son entourage soit par écrit, soit par oral afin de ne pas les laisser dans la difficulté.

Le Centre Hospitalier est engagé dans la démarche du don et du prélèvement depuis de nombreuses années. Il fait partie des établissements autorisés à prélever (par l'Agence de la Biomédecine et par l'Agence Régionale de Santé) sur site les patients à cœur arrêté pour les tissus (cornées essentiellement à ce jour).

L'équipe de coordination hospitalière composée d'un médecin et de deux infirmières a de nombreuses missions :

- Elle assure la formation des soignants, y compris au sein des instituts de formations en soins infirmiers et d'aides-soignants (IFSI/IFAS), l'information grand public et au sein des collèges et des lycées ;

- Elle assure une continuité de présence par le biais d’astreintes téléphoniques ;
- Elle est en première ligne lors de la réalisation d’un prélèvement, pour assurer l’homéostasie des donneurs en lien avec leurs collègues de réanimation, l’entretien et l’accompagnement des proches, la coordination des équipes qui vont se succéder au bloc opératoire ;
- Elle est garante vis-à-vis de l’Agence de la Biomédecine du bon déroulement du processus et vis-à-vis des familles du respect de la dignité et de l’intégrité du donneur.

La Coordination Hospitalière des Prélèvements de Tissus (CHPT) est une unité fonctionnelle du pôle des spécialités médicales. Elle se situe sur le site de Saint Jean de Verges.

Textes réglementaires

Loi n° 94-654 du 29 juillet 1995

Articles L. 1231-1 à L.1235-7 du Code de la santé publique

Articles R. 1231-1 du Code de la santé publique

Article 71. Examens de corps

Un examen de corps peut être pratiqué sur le corps d’une personne décédée, en dehors du cadre de mesures d’enquête ou d’instruction diligentées lors d’une procédure judiciaire, dans le but d’obtenir un diagnostic sur les causes du décès.

Textes réglementaires

Articles L. 1211-2 à L.1232-5 du Code de la santé publique

Chapitre 15 : Le respect du secret professionnel

Article 72. Le secret professionnel

À l'exception des situations de dérogation expressément prévues par la loi, le secret professionnel couvre l'ensemble des informations concernant l'usager ou le résident venu à la connaissance d'un professionnel hospitalier du Centre Hospitalier. Cette obligation s'applique également à tout organisme en lien avec le patient ou le résident, et toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le Centre Hospitalier ou les dits organismes. L'obligation de respecter le secret professionnel, instituée dans l'intérêt du patient et du résident, permet d'assurer la confiance nécessaire à l'exercice de la médecine et à la mission du service public.

Textes réglementaires

Articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du Code de la santé publique

Article 73. Le secret professionnel entre professionnels de santé

Les professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient ou résident, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en soins possible, sauf opposition du patient ou du résident dûment averti. Lorsque le patient ou le résident est pris en charge par une équipe médico-soignante, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient ou le résident à l'ensemble de l'équipe.

Article 74. Le secret professionnel à l'égard des proches et de la famille

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient/résident ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient/résident, sauf opposition de ce dernier.

Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient/résident décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient/résident avant son décès.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique soient délivrées au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Par ailleurs, les patients ou résidents peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège ou sur leur état de santé (cette disposition ne fait pas obstacle aux sollicitations des autorités judiciaires sur réquisition). Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil, etc.) en sont avisés.

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 institue une situation particulière de respect du secret puisque le mineur peut garder le secret sur son état de santé qui empêche le médecin de consulter les titulaires de l'autorité parentale (article L. 1111-5 du Code de la santé publique).

Cette même disposition est valable pour la mineure qui veut garder le secret sur une interruption volontaire de grossesse. La loi du 4 juillet 2001 (article L. 2212-4 du Code de la santé publique) précise que la mineure peut garder secrète cette intervention à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, à la condition de se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

Textes réglementaires

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002
Article L. 1111-5 du Code de la santé publique
Loi du 4 juillet 2001
Article L. 2212-4 du Code de la santé publique

Article 75. Le secret professionnel à l'égard de l'autorité judiciaire, des forces de l'ordre et de la préfecture

L'article 226-14 du Code pénal mentionne les situations dans lesquelles le secret professionnel est levé.

Textes réglementaires

Article 226-14 du Code pénal

Le secret professionnel ne couvre pas les renseignements administratifs d'un patient/résident, ainsi que des renseignements spécifiques liés à la situation d'hospitalisation ou d'institutionnalisation.

Le Directeur ou son représentant est donc autorisé à délivrer à l'autorité judiciaire et/ou aux forces de l'ordre, lorsque ceux-ci se présentent sur l'établissement, sans qu'il y ait besoin d'une réquisition écrite du Procureur de la République ou du Juge d'instruction, ou de l'Officier de Police Judiciaire, les renseignements suivants concernant le patient/résident :

- L'état civil ;
- Le lieu de domiciliation ;
- Les numéros de téléphone ;
- La situation de sortie ;
- Le pronostic vital ;
- Le décès éventuel.

75.1. Le mauvais traitement

En cas de mauvais traitements (quelle que soit leur nature : violences physiques, violence psychiques, violences sexuelles ; menaces réitérées, privation de soins, etc.) mettant en danger la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un mineur ou d'une personne vulnérable, les professionnels hospitaliers ont le devoir d'agir en prévenant le Procureur de la République. L'obligation de signaler les faits cours même en l'absence d'accord préalable ou même de refus de la victime.

De manière générale si un danger menace la victime, notamment un risque de réitération de sévices, le délit de non-assistance à personne en danger interdit une attitude passive des professionnels hospitaliers. À ce même titre, les professionnels hospitaliers doivent mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger la victime.

75.2. L'introduction d'une arme ou de produits stupéfiants

L'introduction d'une arme ou de produits stupéfiants est strictement interdite dans l'enceinte du Centre Hospitalier.

Toute arme ou tout produit stupéfiant détenu par un patient est saisi et est obligatoirement remis aux forces de l'ordre.

Le Directeur du Centre Hospitalier est informé dans les plus brefs délais.

Les professionnels de santé, dans le respect de leur conscience, peuvent informer le Préfet ou les forces de l'ordre du caractère dangereux des personnes concernées par une situation impliquant une arme.

Article 76. Le traitement automatisé des données à caractère personnel

À l'occasion de son séjour au sein du Centre Hospitalier, le patient/résident délivre des renseignements administratifs, sociaux et médicaux le concernant et constituant des données à caractère personnel. Ces données sont traitées par les applications informatiques du Centre Hospitalier.

Ces données sont recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse ou encore des travaux statistiques à usage de service.

Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect du règlement général de protection des données (RGPD) qui s'inscrit dans la continuité de la loi française « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter, de les mettre à jour ou encore pour en demander la suppression pour des raisons justifiées. Ce droit peut être exercé en s'adressant directement au Directeur du Centre Hospitalier.

Il est à préciser que les données médicales sont informatisées et réservées aux professionnels de santé qui assurent le suivi de chaque patient/résident. De plus, tout professionnel de santé désigné par le patient/résident peut également en prendre connaissance.

Textes réglementaires

Loi française « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 20 juin 2018

Article 77. La discrétion demandée par le patient/résident

Toute personne prise en charge par le Centre Hospitalier a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Les patients majeurs ou les résidents 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.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état général du patient/résident peuvent être fournis par le cadre ou un infirmier de l'unité aux membres proches de la famille, sauf si le patient/résident s'y oppose expressément.

Article 78. La prise de vue et l'utilisation de l'image des personnes

Toute personne ou son représentant légal doit préalablement à la captation ou à la diffusion de son image donner son consentement par écrit. Dans le cas particulier des mineurs ou des majeurs protégés, il est nécessaire d'obtenir

leur autorisation, en plus de celle du représentant légal, dès lors qu'ils sont capables de discernement. Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Le stockage d'images doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les prises d'images du patient à finalité médicale devront être autorisées, par écrit, par le chef de service.

Chapitre 16 : Les réclamations et voies de recours

Article 79. Les modalités pour porter une réclamation

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de satisfaction de sortie, toute personne accueillie au sein du Centre Hospitalier – ou son représentant légal ou, en cas de décès, ses ayants droit – peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement aux différents professionnels hospitaliers ayant assuré sa prise en soin, mais également par courrier adressé au Directeur du Centre Hospitalier.

Les observations exprimées par le requérant sont, selon leur nature, examinées par :

- Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant ;
- Le Chargé des relations avec les Usagers ;
- La Commission des Usagers (CDU).

L'établissement est tenu d'accuser réception des demandes et réclamations présentées par écrit, et donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer qu'oralement de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit. Le Chargé des relations avec les Usagers apporte systématiquement une réponse motivée et adaptée à l'observation du requérant et informe des possibilités de voies de recours.

Le requérant a également la possibilité de saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'estime être victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

Le requérant a également la possibilité d'engager un recours contre le Centre Hospitalier auprès du Tribunal Administratif de Toulouse. Celui-ci peut ordonner une expertise dans un premier temps qui, permettra éventuellement d'établir la responsabilité du Centre Hospitalier dans la survenue du dommage, et de fixer les postes de préjudices en découlant. Dans un deuxième temps, le Juge pourra lier le contentieux de manière définitive en se prononçant sur l'indemnisation de l'Usager et sur la responsabilité de l'établissement. Préalablement à tout recours à visée indemnitaire devant le Juge administratif, le requérant doit formuler auprès du Centre Hospitalier, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice

L'ensemble des réclamations est analysé par la Commission des Usagers (CDU), qui veille au respect des droits des Usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches.

Textes réglementaires

Articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du Code de la santé publique

Article 80. La médiation

Un médiateur médecin, un médiateur non médecin, ainsi que des suppléants, sont désignés au sein du Centre Hospitalier par le Directeur.

Le service des relations avec les usagers organise les médiations en présence du patient – ou son représentant légal ou, ses proches, ou en cas de décès, ses ayants droit – sur simple demande.

Les médiations peuvent être organisées en présence des professionnels hospitaliers ayant assuré la prise en soin du patient, ou recevoir seuls le patient, ses proches ou ses ayants droits (en cas décès), lorsque ces derniers ne souhaitent pas revoir les professionnels hospitaliers concernés. Les médiateurs peuvent également rencontrer

seulement les proches du patient s'ils l'estiment utile ou à la demande de ces derniers. Un représentant des Usagers peut également être présent sur demande du patient.

Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, le service des relations avec les usagers demande l'accord du patient – ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès.

Le médecin médiateur rend compte de son action au Directeur du Centre Hospitalier et à la Commission des Usagers.

Textes réglementaires

Articles R. 1112-91 à R. 1112-94 du Code de la santé publique

Partie 5 : les dispositions relatives au séjour

Chapitre 17 : Les modalités d'accueil

Article 81. L'accueil

Le Centre Hospitalier accueille toutes les personnes ayant besoin de soins, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, sans préjuger de leur handicap.

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge, et le praticien qui la prend en charge. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par l'organisation du service, et par les disponibilités en lits de l'établissement.

Le professionnel hospitalier est formé à l'accueil des patients, résidents et de leurs accompagnants. Il donne aux patients, résidents et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide :

- Du service social sur les sites de Saint Jean de Verges et Lavelanet ;
- D'interprètes, sur tous les sites.

Tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Le patient/résident est invité lors de son accueil à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite une personne de confiance.

Une signalétique adaptée précise, sur chaque site, la localisation de ses différents services et consultations.

L'accès aux différents sites du Centre Hospitalier est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le Centre Hospitalier dispose d'un référent handicap (article 29.3 du présent règlement intérieur).

Textes réglementaires

Articles L. 1110-1 à L. 1110-3 du Code de la santé publique

Articles L. 6112-1 et L. 6112-2 du Code de la santé publique

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

Le directeur de l'établissement peut être amené à prendre des mesures de restriction d'accès à l'établissement notamment en situation de crise sanitaire.

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.

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.

Textes réglementaires

Articles L. 1112-2 et R. 1112-41 du Code de la santé publique (contenu du livret d'accueil modifié par l'arrêté du 18 avril 2008)

Articles L. 162-21 du Code de la sécurité sociale

Article 82. Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est remis à tout patient admis en hospitalisation et à tout résident admis en EHPAD. Il contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du Centre Hospitalier.

En hospitalisation, la Charte de la personne hospitalisée est jointe au livret ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.

Les livrets d'accueil sont mis à la disposition des consultants externes, sur demande. Ils sont également disponibles sur le site Internet du Centre Hospitalier.

Les livrets d'accueil sont mis à jour régulièrement.

Textes réglementaires

Article L. 1111-2 du Code de la santé publique

Article 83. La prise en charge au titre de l'activité libérale

À leur demande, les patients peuvent être pris en charge par des médecins ayant passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale, dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

En cas d'hospitalisation, ce choix doit être formulé par le patient lui-même ou par son accompagnant, par écrit et dès son entrée au Centre Hospitalier, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Dans tous les cas, le patient doit recevoir préalablement à sa prise en charge et par écrit, toutes les indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de son choix, notamment sur les honoraires fixés par entente directe entre le patient et le médecin, la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. La prise en charge médicale peut dans ce cas s'effectuer dans les services où elle s'exerce en secteur public.

Le délai de rendez-vous dans le secteur public, ne saurait justifier qu'on impose au patient une prise en charge en secteur privé.

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

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

En principe, lorsque le patient a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public, il en va de même dans le sens inverse. Toutefois, le Directeur du Centre Hospitalier peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du patient.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin et doit obligatoirement être affiché dans le service. Le paiement des honoraires s'effectue selon les modalités réglementaires en vigueur. Aucun lit ni aucune installation médicotechnique ne peuvent être réservés à l'exercice de l'activité libérale.

À noter que la Commission de l'Activité Libérale (CAL) est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, dans le respect des dispositions juridiques en vigueur, au sein du Centre Hospitalier.

Textes réglementaires

Articles R. 1112-21 à 1112-23 du Code de la santé publique

Chapitre 18 : Les modalités de séjour à l'hôpital

Les modalités de séjour relatives aux résidents de l'EHPAD sont décrites dans le règlement de fonctionnement qui lui est propre.

Article 84. La procédure d'admission

84.1. L'accueil du patient lors de l'admission

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par du personnel administratif et médico-administratif dans les services de consultations.

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par le personnel soignant dans les services d'hospitalisation.

Dès son admission dans le service de soin, le patient est invité à désigner une personne de confiance et/ou une personne à prévenir en cas de besoin.

En cas de défaut d'identité concernant le patient admis, le Centre Hospitalier recherche toute information auprès de ses proches et de toute personne ayant participé à sa prise en charge (SAMU, Sapeurs-Pompiers, Ambulanciers ou de toute personne ayant participé au transport du patient jusqu'à l'établissement).

84.2. Les pièces à fournir lors de l'admission

84.1.1. Les pièces à fournir pour le dossier d'admission dans un contexte général

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

Lors de son admission, il est demandé au patient de produire un document d'identité à haut niveau de confiance (passeport, carte d'identité, titre de séjour, livret de famille dont carte d'identité des parents pour les patients mineurs).

En outre, les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent 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 ceux de leur éventuelle mutuelle complémentaire.

Le patient bénéficiaire de la couverture santé solidaire doit être muni de l'attestation correspondant à sa situation.

Le patient bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État (AME) doit être muni d'une attestation en cours de validité.

84.1.2. L'admission dans un contexte où le patient n'est pas couvert par un organisme social

Si le patient admis au sein du Centre Hospitalier ne relève d'aucun organisme social, un titre de recettes correspondant à la durée du séjour est émis et que le patient est tenu d'acquitter auprès du régisseur.

Le service social du Centre Hospitalier peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Le service social propose au patient une assistance pour toutes ses démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à l'hospitalisation.

84.1.3. L'admission dans un contexte où le patient souhaite une admission sous venue confidentielle

Si le patient le souhaite, il peut demander au bureau des entrées et aux professionnels de santé du service où il est admis, que son identité et/ou sa présence au sein du Centre Hospitalier ne soit pas révélée pendant son séjour vis à vis des tiers.

Le patient est alors admis en venue confidentielle. Ceci implique que les coordonnées relatives à la localisation du patient dans une chambre du Centre Hospitalier ne sont pas indiquées dans son dossier d'admission. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement sur réquisition des services judiciaires.

Cette disposition ne s'applique pas aux mineurs soumis à l'autorité parentale sauf cas particulier. Les mineurs peuvent cependant être admis ou placés sous identité protégée par décision judiciaire. Dans cette hypothèse, le dossier d'admission du patient est normalement constitué mais une mention relative à cette demande y est identifiée.

84.2. Le choix du régime d'hospitalisation

84.2.1. Les régimes d'hospitalisation

Le patient a le choix de son régime d'hospitalisation.

Chaque patient a la possibilité d'être soit admis en régime commun, soit de demander à être admis en régime particulier ce qui peut lui permettre de bénéficier d'une chambre particulière.

Le choix pour le régime d'hospitalisation doit être formulé par écrit dès l'admission, par le patient lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix. Il peut être fait obstacle à l'application du régime particulier par le Centre Hospitalier en l'absence de lits suffisants disponibles.

Le patient est par défaut admis en régime commun. Il a la possibilité d'être admis en régime particulier pour bénéficier d'une chambre seule. Le choix du régime particulier entraîne un supplément au prix de journée. Ce supplément de prix n'est pas dû lorsque l'isolement du patient en chambre à un lit est requis par son état de santé. Le patient bénéficiant d'une chambre particulière (régime particulier), doit au moment de son admission ou au cours de son séjour, signer un engagement de payer les frais. Il n'aura pas de reste à charge si sa couverture complémentaire le prend en charge.

84.2.2. Les régimes de consultations et de soins externes

Les patients peuvent recevoir des soins en consultations externes publiques. Des consultations externes peuvent être également effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers. Les tarifs des consultations sont affichés à la vue du public.

Article 85. Les principes régissant le séjour du patient

85.1. Les règles générales d'admission

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité.

Le patient doit notamment veiller à ne pas gêner, par ses comportements ou ses propos, les autres patients ou le bon fonctionnement du service.

Le patient doit observer strictement les règles d'hygiène. Il doit être vêtu de façon décente au cours de ses déplacements dans l'enceinte du Centre Hospitalier. Il doit respecter le bon état des locaux et objets qui sont à sa disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient. En cas de faits graves et caractérisés, le Centre Hospitalier se réserve le droit d'engager, en lien avec le Parquet, des poursuites judiciaires sur le plan pénal.

Le patient peut se déplacer librement dans l'enceinte du Centre Hospitalier, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que son état de santé le permet et qu'il n'entrave pas le bon fonctionnement du service, à l'exception des possibles restrictions de déplacements (patients détenus, patients hospitalisés en soins sans consentement, patients mineurs, etc.).

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients. Le patient doit s'abstenir de tout déplacement dans la nuit hors du service dans lequel il est hébergé. Cet horaire peut être adapté aux impératifs de chaque service.

85.2. Les effets personnels du patient

85.2.1. Le dépôt de sommes d'argent, de titres et valeurs, de moyens de règlement et d'objets de valeur

Toute personne admise au sein du Centre Hospitalier est informée, oralement et par écrit, dès son admission, de la possibilité de déposer certains de ses objets et valeurs (sommes d'argent, titres et valeurs, moyens de règlement, objets de valeurs) pendant son séjour, ainsi que des règles applicables dans les établissements de santé en matière de responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un bien lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation.

Le patient est toutefois invité à n'apporter que les objets strictement utiles à son séjour. Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement. Tout patient voulant déposer un objet dont la détention durant l'hospitalisation n'est pas justifiée peut se voir opposer un refus.

Un inventaire contradictoire des biens déposés est réalisé par deux professionnels hospitaliers. Cet inventaire est signé et daté par l'ensemble des parties et introduit au dossier de soins du patient. Un reçu d'inventaire des objets et valeurs déposés est remis au patient. Les objets et valeurs sont déposées à la régie centrale du Centre Hospitalier dans un coffre présent à cet effet. Les autres objets, identifiés comme étant non sensibles, n'étant pas conservés par le patient, sont mis en sécurité dans un sac scellé dans le service où le patient est hospitalisé.

Lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté, les professionnels hospitaliers accomplissent les formalités nécessaires au dépôt des objets et valeurs afin de les mettre en sécurité.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le Centre Hospitalier est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu-inventaire. Pour les objets conservés par le patient, le Centre Hospitalier n'est responsable de leur vol, perte ou détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses professionnels. Le Centre Hospitalier n'est pas responsable lorsque la perte ou la

détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins. De plus, la détérioration ou la perte d'une prothèse (dentaire, auditive, etc.), ne sera indemnisée qu'après analyse conjointe du service de la clientèle et de l'assureur du Centre Hospitalier.

Textes réglementaires

Instruction du 7 février 2014 de la Direction générale des finances publiques

Articles L. 1113-1 à 1113-10 du Code de la santé publique

Articles L. 6145-12 et R. 1113-1 à E. 1113-9 du Code de la santé publique

85.2.2. La restitution des sommes d'argent, titres et objets de valeur

Le retrait des objets et valeurs déposés peuvent être restitués à la fin ou au cours du séjour du patient. Il s'effectue à la caisse centrale, les jours ouvrables, de 9 heures à 17 heures du lundi au vendredi.

La remise des objets et valeurs déposés est soumise à la présentation d'une pièce d'identité et du reçu d'inventaire des objets déposés.

La mention de la remise des objets et valeurs déposés est portée sur le reçu d'inventaire.

Le retrait des objets et valeurs déposés peut être effectué par le patient lui-même, par son représentant légal, par un tiers mandaté par le patient ou par ses héritiers ou légataires ou ayants droit en cas de décès. Par ailleurs, pour se voir reconnaître la qualité d'héritier, les ayants droit devront détenir un certificat d'hérédité délivré en Mairie (succession simple) ou acte notarié établi par un notaire (succession complexe) ; livret de famille attestant la filiation directe avec la personne décédée ; ou encore une fiche d'état civil attestant la filiation directe avec la personne décédée.

Lorsqu'il existe un certain nombre d'héritiers, l'un d'eux peut se porter fort pour l'ensemble, en prenant l'engagement d'utiliser l'attestation qui lui est délivrée par les autres héritiers pour effectuer l'ensemble des démarches en leur nom et dans le respect de leurs droits.

Le retrait des objets et valeurs doit se faire dans une limite d'un an à compter de la sortie du patient.

Dans le cas où les objets et valeurs ne sont pas retirés de la sortie du patient, les valeurs et numéraire sont remis à la trésorerie hospitalière.

85.2.3. Le 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) 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. Ces formalités sont accomplies par le dépositaire du moment (régisseur ou comptable public selon la nature des objets considérés)

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 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 détenteur⁹⁹.

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.

85.2.4. Cas particulier des personnes décédées

Aux termes de la loi, les effets mobiliers apportés par les personnes décédées (sauf s'il s'agit de militaires) 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.

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.

Textes réglementaires

Article L. 6145-12 du Code de la santé publique

85.2.5. Les biens conservés par le patient

Le patient est libre de refuser le dépôt de ses biens.

Ce refus doit être tracé de façon contradictoire par écrit sur la fiche d'inventaire mentionné dans son dossier.

Le Centre Hospitalier n'est pas responsable du vol, de la perte, ou de la détérioration des biens conservés par le patient. Ils restent sous sa seule responsabilité.

À titre exceptionnel, le Directeur ou son représentant peut autoriser de façon expresse le patient à conserver un ou plusieurs objets sur lui. Il ne peut, en tout état de cause, concerner ni des sommes d'argent, des titres ou des valeurs mobilières, ni des moyens de règlement ou des objets de valeur.

85.3. Les autorisations de sortie

Le patient peut, en fonction de son état de santé, de la longueur de son séjour et sans préjudice de sa liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures.

Ces autorisations sont données par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée.

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le Centre Hospitalier ne rentre pas dans le délai qui lui a été imparti, il sera considéré comme « sortant ». Sauf cas de force majeure, le patient sera de nouveau admis dans la limite des places disponibles.

85.4. Les conditions de visites

85.4.1. Les conditions générales des visites

Les visites aux patients sont autorisées tous les jours.

Les horaires de visite sont de 11 heures à 20 heures. Ces horaires peuvent varier suivant les spécificités médicales des services. Des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées suivant l'état de santé et le statut patient, avec l'accord du chef de service, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Toute entrée dans le Centre Hospitalier est interdite après 21 heures, en dehors du service des urgences. Toute personne souhaitant réintégrer le site après 21 heures doit se signaler à l'interphone présent à l'entrée principale de l'établissement.

Afin de préserver le repos des patients, il est demandé aux accompagnants et visiteurs de limiter leur visite à deux personnes à la fois et d'éviter tout bruit et tout comportement pouvant gêner le bon fonctionnement du service.

Dans un souci de respect de l'intimité des patients et des conditions de bonne exécution des soins, il est demandé aux visiteurs et accompagnants de sortir de la chambre pendant la réalisation des soins par les professionnels hospitaliers.

Les accompagnants et visiteurs doivent respecter les interdictions de fumer, vapoter et d'introduction ou consommation d'alcool et/ou toutes substances illicites, ainsi que d'animaux au sein du Centre Hospitalier.

L'accompagnant souhaitant rester auprès du patient, doit s'acquitter d'un forfait pour bénéficier d'un couchage dans la chambre du patient. La possibilité de disposer d'un couchage n'est pas possible dans les chambres doubles.

85.4.2. Les spécificités du service de pédiatrie et médecine chirurgie obstétrique

Dans les services de pédiatrie et les services de chirurgie accueillant des mineurs, les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de :

- Ne pas contrarier la dispensation des soins ;
- Ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse ;
- Ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès des professionnels hospitaliers qualifiés pour y procéder. Lorsque son état le permet, les parents doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

De plus, dans le service de pédiatrie, l'accompagnant peut obtenir un petit déjeuner payant à consommer dans la chambre. Les forfaits sont à acheter à la caisse centrale, présente dans le hall du Centre Hospitalier, les jours de semaine entre 08 heures et 19 heures.

85.5. Les interdictions de pourboires

Les patients, accompagnants et/ou visiteurs ont l'interdiction de verser aux professionnels hospitaliers une somme d'argent à titre de gratification.

85.6. La visite des Officiers Ministériels

Un Notaire peut se rendre auprès du patient qui l'a sollicité, sans obtenir l'autorisation de l'administration du Centre Hospitalier.

Lors de sa venue, le Notaire peut demander au médecin en charge du patient, un certificat médical en vue d'établir la preuve de la capacité mentale du patient pour accomplir tout acte notarié ; dans ce cas, seul le médecin est à même de juger de l'opportunité de fournir un tel certificat.

L'appel à des professionnels hospitaliers en qualité de témoins nécessite l'information préalable du Directeur ou de son représentant.

L'intervention des Officiers Ministériels demeure conditionnée aux impératifs de bon fonctionnement du service public hospitalier, et ceux-ci sont tenus de se conformer aux directives du Directeur ou de son représentant, ainsi que du Chef de service de l'unité durant leur visite auprès d'un patient du Centre Hospitalier.

Article 86. Les services proposés au patient

86.1. Les services de téléphonie, micro-informatique et télévision

86.1.1 La téléphonie

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone installé dans leur chambre.

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 » située dans le hall central. L'ouverture d'une ligne téléphonique est réalisée par un système de prépaiement. 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.

En raison des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents au sein du Centre Hospitalier, les patients, accompagnant et visiteurs en possession de téléphones portables sont tenus de les mettre et de les maintenir sur la position « avion » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tel par un affichage spécifique.

La responsabilité du Centre Hospitalier ne peut pas être engagée lorsque le patient conserve personnellement son téléphone ou son ordinateur portable et tout autre matériel électronique ou informatique sauf en cas de faute de l'établissement ou de ses préposés.

86.1.2. Le courrier

Le courrier est distribué tous les jours par le service du vaguemestre de l'établissement.

Si l'hospitalisé veut envoyer du courrier, ce dernier doit être affranchi. 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.

86.1.3. 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 prépaiement.

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, un numéro d'appel est disponible afin de procéder à l'ouverture de l'abonnement. En cas d'incapacité, le patient peut s'adresser au cadre de santé du service.

86.1.4. L'accès à l'Internet

L'accès internet est possible dans l'intégralité du Centre Hospitalier.

Pour se faire, un WIFI patient est disponible. Les codes d'accès sont disponibles auprès de la boutique.

86.3. Le service des repas

Les repas sont servis individuellement dans la chambre du patient.

Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé au patient.

Les diététiciennes du Centre Hospitalier sont chargées d'établir les menus en fonction des goûts et des prescriptions médicales de chacun des patients.

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 7h45 ;
- Le déjeuner est servi à partir de 12h ;
- Le dîner est servi à partir de 18h15 sauf pour les services de soins médicaux et de réadaptation où ils sont servis à partir de 18h pour des motifs d'accompagnement personnalisé des patients.

Une collation est également servie aux environs de 16 heures.

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 auprès de la régie de l'établissement située au bureau des entrées.

Les patients hospitalisés ne peuvent accéder au self de l'établissement que si leur état de santé le permet, et en tenue civile.

Pour les EHPAD, les repas sont essentiellement servis en salle à manger.

86.4. Les modalités relatives au linge personnel et de toilette

Le patient doit apporter son linge de corps personnel et de toilette, ainsi que le nécessaire pour effectuer ses soins d'hygiène corporelle (brosse à dent, mouchoir, serviette de toilette et de table, savon, gant de toilette, etc.), et doit en assurer l'entretien.

Le linge et les effets personnels nécessaires aux soins d'hygiène corporelle sont récupérés par le patient à sortie de son hospitalisation.

86.5. L'aumônerie

Une permanence physique du service de l'aumônerie est présente du mardi au vendredi au sein du Centre Hospitalier. Des visites en chambres sont possibles à la demande du patient. L'aumônerie se situe au rez-de-chaussée. Le patient peut faire appel à ses services par l'intermédiaire des professionnels hospitaliers.

Le Centre Hospitalier met à disposition un espace adapté aux différentes confessions pour l'exercice de prière et recueillement au rez-de-chaussée, sur le site de Saint-Jean-de-Verges.

86.6. L'interprétariat

Le patient a la possibilité d'avoir accès à un interprète en cas de difficultés de communication au cours de son séjour.

Le recours à un interprète se fait auprès du Cadre de santé du service.

Une liste d'interprètes est établie. Elle est composée de professionnels du CHIVA. En dehors de cette liste, l'appel à un interprète fait l'objet de frais qui sont à la charge du patient, sauf situation exceptionnelle telle que la prise en charge d'une personne immigrée.

Article 87. Les modalités des frais de séjour

87.1. Le principe de paiement de l'hospitalisation

Toute journée d'hospitalisation est facturable et doit être payée au Centre Hospitalier par le patient ou par un tiers payeur.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie générale du Centre Hospitalier exerce des poursuites contre le patient, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Le patient, ou son accompagnant, a la possibilité de se rendre au Bureau des Entrées en fin d'hospitalisation. Les consultations et actes sont facturés selon les nomenclatures de la sécurité sociale.

87.2. Les tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe au Centre Hospitalier correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur. Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par le Directeur du Centre Hospitalier.

Tout patient ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à un autre organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité du tarif des soins externes auprès du Centre Hospitalier. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient acquitte uniquement le ticket modérateur. Le patient peut être exonéré totalement du paiement de ce ticket modérateur en fonction de sa situation personnelle.

Le patient devant s'acquitter de l'intégralité des frais de soins externes ou du paiement du seul ticket modérateur pourra être amené à payer ces sommes en régie préalablement ou à l'issue de la consultation et/ou des actes effectués.

Le service social de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier assiste les patients démunis pour leur faciliter l'accès aux consultations notamment pour l'obtention d'une couverture sociale.

87.3. Le tarif de l'activité libérale

Les honoraires de l'activité libérale réalisés au sein du Centre Hospitalier, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le patient et le médecin.

Le patient reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

Ces honoraires ne comprennent pas le supplément pour chambre particulière.

87.4. Le supplément pour une chambre particulière

Le Centre Hospitalier dispose de chambres particulières et de chambres double.

Le patient qui demande à être admis en chambre particulière doit, lui-même ou son organisme complémentaire, acquitter d'un supplément dont le montant est actualisé chaque année.

Ces chambres particulières ne peuvent être attribuées qu'après avoir pris en considération les priorités médicales au sein du service.

87.5. Les prestations fournies pour les accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par le Centre Hospitalier pour les accompagnants sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement par le Directeur du Centre Hospitalier.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou un patient en fin de vie.

Chapitre 19 : Les dispositions d'admission du patient

Les dispositions d'admission des résidents en EHPAD sont décrites dans le règlement de fonctionnement qui lui est propre.

Article 88. Les dispositifs d'admission des patients majeurs

88.1. Les conditions générales d'admission

L'admission est prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant sur avis d'un Médecin ou d'un Interne de l'établissement.

88.2. L'admission programmée

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.

Textes réglementaires

Article L. 112-11 du Code de la santé publique

88.3. L'admission non programmée (en urgences³)

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.

Textes réglementaires

Articles R. 112-13 et R. 112-14 du Code de la santé publique

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.

88.4. Le transfert d'un patient entre les sites de Saint Jean de Verges et de Lavelanet

Ces transferts peuvent se dérouler à plusieurs occasions :

- A partir d'un service hospitalier de Lavelanet, lorsque le diagnostic amène à prescrire des soins spécialisés, une intervention lourde ou des investigations diagnostiques non réalisables sur l'Hôpital du Pays d'Olmes (HPO) ;
- A partir du CHIVA, lorsqu'un patient est orienté vers un service du HPO.

³ Les dispositions spécifiques relatives à l'admission en urgence : article 85 du présent règlement intérieur

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

- Après que la 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'unité d'accueil que pour des raisons sérieuses.

88.5. Le transfert d'un patient hors du Centre Hospitalier après admission

Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant prennent toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, après avoir reçu les premiers secours, et que le Médecin ou l'Interne du Centre Hospitalier constate que :

- L'état de santé du patient requiert de soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du Centre Hospitalier ;
- L'état de santé du patient requiert de moyens dont le Centre Hospitalier ne dispose pas,
- Lorsque l'admission du patient, du fait du manque de place, engendre un risque certain pour le patient et pour le bon fonctionnement du service hospitalier.

En dehors des cas d'urgence, le consentement du patient est recueilli avant tout transfert provisoire ou définitif.

85.6. L'admission d'un patient au Centre Hospitalier suite à un transfert

L'admission au sein du Centre Hospitalier d'un patient transféré d'un autre établissement hospitalier, ne disposant pas des disciplines, techniques ou moyens que l'état de santé du patient requiert, est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ou du département ayant originellement en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

L'admission du patient est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement plus adapté à son état de santé.

L'admission dans ce cadre s'effectue sous réserve des places dont dispose le Centre Hospitalier à la date du transfert.

Textes réglementaires

Articles L. 6111-1 du Code de la santé publique

Articles R. 1112-11 et R. 1112-39 du Code de la santé publique

88.7. L'admission sur décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

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

88.8. L'admission en structure alternative 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.

Le service d'hospitalisation à domicile (HAD) dispose d'un règlement intérieur spécifique qui est consultable dans la GED. Les modalités d'intervention de l'équipe médico-soignante, l'organisation de la prise en charge et de la continuité des soins y sont décrites.

Article 89. L'admission du patient mineur

Textes réglementaires

Articles R. 1112-34 et R. 1112-36 et R. 3221-1 du Code de la santé publique

89.1. Les dispositions générales d'admission du patient mineur

Le dossier administratif du patient mineur doit comporter l'indication de la ou des personne(s) exerçant l'autorité parentale, le droit de garde et le lieu d'hébergement habituel de l'enfant.

Les patients mineurs ne peuvent pas être admis dans les unités d'adultes dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir, à l'exception de la patiente mineure enceinte. Des dérogations peuvent néanmoins être autorisées par le Directeur ou son représentant, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs, notamment en cas de prises en charge spécialisées non pédiatriques, ou en cas de circonstances exceptionnelles (absence de places en unité pédiatrique, etc.).

Les patients mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission, hormis urgence médicale et/ou chirurgicale.

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge, de leurs facultés de compréhension, de leur capacité de discernement et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Textes réglementaires

Loi N° 2022-295 du 2 mars 2022

89.2. L'application de l'autorité parentale

L'admission du patient mineur est prononcée, sauf cas d'urgence, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale, la tutelle ou bien représentant l'autorité judiciaire.

Lorsqu'il s'agit de soins usuels obligatoires (vaccinations), de soins usuels courants (blessures superficielles, infections bénignes) ou de soins habituels (poursuite de traitement), la demande d'admission est recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale.

Le Centre Hospitalier est présumé de bonne foi lorsqu'il est en droit de penser que celui des deux parents qui prend la décision d'hospitalisation vis à vis d'un enfant le fait en accord avec l'autre parent, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause. Lorsqu'il existe un désaccord entre les parents sur la décision d'hospitalisation et hors le cas d'urgence imposant l'intervention pour sauvegarder la santé du mineur, le Centre Hospitalier ne peut admettre l'enfant et il revient aux parents de saisir le juge des enfants ou le juge aux affaires familiales.

Lorsqu'il s'agit de soins non usuels considérés comme étant lourds, et dont les effets peuvent engager le devenir du patient mineur et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale), l'autorisation des deux parents titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation, est requise.

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 cet établissement ou à celle du gardien.

89.3. Les dispositions spécifiques d'admission du patient mineur

89.3.1. L'admission du patient mineur sans l'accord de l'autorité parentale

Dans certaines circonstances, l'admission du patient mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur peut décider seul :

- S'il est émancipé et qu'il possède la capacité d'exercice de ses droits ;
- Lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie à ce titre de la Complémentaire Santé Solidarité (CSS) (ex. Couverture Maladie Universelle Complémentaire CMU – C) à titre personnel ;
- En cas d'urgence des soins dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réserve de régulariser la situation le plus rapidement possible ;
- Lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé ;
- Lorsqu'il souhaite bénéficier d'une Interruption Volontaire de Grossesse.

89.3.2. L'admission du patient mineur relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale.

Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

89.3.3. L'admission du patient mineur étranger isolé

Le mineur étranger doit pouvoir avoir accès aux soins, même non urgents, sans condition de durée de séjour.

Les mineurs isolés étrangers qui relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont affiliés à la sécurité sociale et bénéficient de la CMU.

En cas d'admission d'un mineur étranger isolé, le Médecin en charge doit signaler sa situation au Conseil départemental qui appréciera la situation : âge réel du mineur, situation d'isolement et/ou danger du mineur.

89.3.4. L'admission du patient mineur victime de maltraitance au sein de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED)

Un mineur victime, ou potentiellement victime de maltraitances, peut être accueilli et pris en charge par l'Unité d'Accueil Pédiatrique pour Enfants en Danger (UAPED) présente au sein du Centre Hospitalier. Cette unité a pour principale mission d'évaluer et de prendre en charge l'enfance maltraitée, c'est-à-dire des enfants ayant subi des actes de violences excessifs, des sévices sexuels ou des actes de négligences physiques ou morales.

L'Unité d'Accueil Pédiatrique pour Enfants en Danger, regroupant des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent, a pour mission d'offrir, dans un lieu unique et adapté, avec du personnel formé :

- Un accueil du mineur victime ;
- La possibilité de soins et de protection adaptés ;
- Une prise en charge globale : médico-psychologique, médico-légale et judiciaire ;
- La possibilité d'une audition dans des locaux adaptés par les services d'enquête (salle Mélanie).

89.3.5. L'admission du patient mineur en soins sans consentement

Seule une décision du représentant de l'État permet l'admission d'un patient mineur en soins sans consentement.

Textes réglementaires
Article L. 3211-10 du Code de la santé publique

89.3.6. La scolarisation du mineur après l'admission

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. Le Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier met tout en œuvre pour répondre à cette exigence.

89.3.7. L'autorisation de sortie du mineur en cours d'hospitalisation

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation.

Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la Direction du Centre Hospitalier ou son représentant si le mineur peut être confié à une tierce personne majeure qu'elle a expressément autorisée. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

89.3.8. L'information du mineur et le consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information sous réserve des dispositions du Règlement Intérieur relatives à la confidentialité des soins.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Textes réglementaires

Article L. 1111-5 du Code de la santé publique

Le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

L'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la vie sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier 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, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie 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.

Dans tous les cas d'urgence, même si les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

89.3.10. La sortie du mineur en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la Direction du Centre Hospitalier si le mineur peut quitter seul le Centre Hospitalier ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne majeure qu'elle a expressément autorisée.

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

Textes réglementaires

Article R. 1112-64 du Code de la santé publique

Article 90. Les dispositions spécifiques relatives à l'admission en urgence

90.1.1. L'accueil et l'admission en urgence

Le Directeur prend toutes mesures, si l'état de santé du patient le requiert, pour que des soins urgents lui soient assurés au sein du Centre Hospitalier. Ces soins sont assurés sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X. Les informations nécessaires à l'établissement du dossier médical du patient doivent cependant être recueillies le plus rapidement possible.

90.1.2. Les spécificités de la prise en charge des patients dans le cadre de la régulation des soins par le Service d'Accès aux Soins (SAS09)

Le Service d'Accès aux Soins 09 est un service accessible à tous, sur tout le territoire de l'Ariège, quel que soit le lieu d'appel.

Il doit permettre à chacun d'accéder rapidement aux soins dont il a besoin, et participe ainsi à la lutter activement contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

Le dispositif du Service d'Accès aux Soins 09 est une plateforme téléphonique de régulation médicale. Il permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir une réponse et/ou une prise en charge adaptée pour des soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou aux organisations du territoire ne sont pas possible en première intention.

Le Service d'Accès aux Soins 09 propose ainsi, une orientation, un conseil médical ou paramédical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un établissement de santé ou l'engagement d'effecteurs auprès des patients.

90.1.3. Les spécificités selon les situations et demandes du patient

S'il s'agit d'un cas d'urgence, une prise en charge sans délai par les services de l'Aide Médicale Urgente (AMU) est assurée, à l'issue d'une régulation du Service d'Aide Médicale Urgence (SAMU).

En dehors des situations d'urgences vitales, à l'issue du décroché initial réalisé par l'Assistante de Régulation Médicale (ARM) du Service d'Aide Médicale Urgence (SAMU), pour une demande de soins non programmés, en cas d'impossibilité d'accès au médecin traitant ou à l'organisation territoriale mise en place lors de son indisponibilité, l'appel est pris en charge par un médecin régulateur, qui apporte une réponse médicale adaptée aux besoins du patient.

90.1.4. Les spécificités selon les symptômes décrits par le patient

En fonction des symptômes décrits par le patient, le médecin peut :

- Donner un conseil médical, rassurer, orienter ;
- Orienter pour une consultation au sein de dispositifs en charge d'organiser les soins non programmés du territoire, en cabinet de ville d'un généraliste ou vers un spécialiste de ville ou exerçant en établissement de santé.

90.1.5. L'admission en cas d'afflux massif des patients

En cas d'afflux massif de patients et si un patient ne peut être identifié immédiatement, l'admission peut se faire à titre provisoire et de manière anonyme, en utilisant un numéro provisoire.

L'identité des personnes admises dans le cadre d'un plan d'afflux massif de patients peut être transmise à la préfecture et au Procureur de la République.

Lors de ce type de situation, les professionnels du Centre Hospitalier doivent impérativement se référer au dispositif de crise permettant au Centre Hospitalier de mobiliser les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

90.1.6. L'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital

L'information de la personne de confiance, de la personne référente et/ou du représentant légal des patients hospitalisés en urgences

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par le Centre Hospitalier.

Que le patient ait été conduit au sein du Centre Hospitalier par le Service d'Aide Médicale Urgence (SAMU), les sapeurs-pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du Directeur du Centre Hospitalier, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

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

En cas de décès, le Centre Hospitalier veille à ce que l'information des familles soit assurée de manière adaptée.

L'inventaire à l'admission en urgences

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil. Cet inventaire est signé sans délai par un professionnel du Centre Hospitalier habilité ainsi que par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin. L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient.

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

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

Article 91. L'admission des femmes enceintes

91.1. Les dispositions générales d'admission en maternité

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

Toutefois, en cas de saturation des capacités d'hospitalisation ou de prise en charge médicale à la maternité, la patiente pourra être transférée sur avis médical sur un autre établissement obstétrical. Ce transfert s'établit dans le cadre de l'accord de régulation en vigueur entre établissements obstétricaux.

Textes réglementaires

Article R. 112-27 du Code de la santé publique

91.2. Les dispositions spécifiques d'admission des femmes enceintes

91.2.1. L'admission pour accouchement sous 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.

Textes réglementaires

Article R. 1112-28 du Code de la santé publique

Article L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles

91.2.2. L'admission des femmes désirant bénéficier d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Les dispositions générales de l'admission une interruption volontaire de grossesse (IVG)

La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse.

Toute personne doit être informée sur les méthodes abortives pouvant être dispensées et a le droit d'en choisir une librement.

Textes réglementaires
Article L. 2212-1 du Code de la santé publique

La clause de conscience des professionnels de santé pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Textes réglementaires
Article L. 2212-8 du Code de la santé publique

Le cas de la patiente mineure admise pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)

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.

Textes réglementaires
Articles L. 2212 à L. 2214-3 du Code de la santé publique

Article 92. Les dispositions relatives à la naissance

92.1. La déclaration de naissance

Les naissances ayant lieu au sein du Centre Hospitalier sont déclarées à la Mairie de Saint Jean de Verges, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours ouvrés suivant l'accouchement.

Les naissances ayant lieu à l'extérieur du Centre Hospitalier avec intervention des Sapeurs-Pompiers et/ou du SAMU, sont déclarées à la Mairie du lieu de naissance, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours ouvrés suivant l'accouchement.

Le certificat d'accouchement est établi à cet effet par le Directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Dans certaines situations particulières, la Sage-Femme coordonnateur en maïeutique du service, ou son représentant, assure la déclaration de la naissance auprès de la Mairie et assure la signature du registre de naissance. Un exemplaire de ce document est communiqué par un professionnel du Centre Hospitalier à la Mairie du lieu la naissance. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par le Centre Hospitalier.

Un extrait de naissance est archivé dans le dossier administratif de l'enfant.

92.2. La déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale

Si l'enfant est né vivant et viable après 22 semaines d'aménorrhées ou 500 grammes, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant la date et l'heure de la naissance et du décès.

L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ce dispositif ne concerne pas les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du Centre Hospitalier.

Article 93. L'admission du patient majeur protégé

93.1. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice

93.1.1. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice hors urgences

L'admission est prononcée à la demande du majeur protégé.

Aucune autorisation du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du Juge du contentieux et de la protection ne sont requis.

S'agissant d'une personne sous curatelle, il est toutefois conseillé avec son accord de la recevoir en présence du curateur pour mieux l'informer de sa situation, mais aussi pour éclairer le médecin de la portée du consentement donné par le patient sous curatelle. Le curateur pourra être destinataire de l'information médicale uniquement avec l'accord du patient sous curatelle.

93.1.2. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en situation d'urgence

Le médecin peut passer outre l'avis du majeur protégé, pour admettre ce dernier en urgence. Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril.

L'urgence est appréciée par le médecin.

93.1.3. L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en refus de soins

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Textes réglementaires

Articles L. 111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique
Article 4127-42 du Code de la santé publique

93.2. L'admission du majeur protégé sous tutelle

93.2.1. L'admission du majeur protégé sous tutelle hors urgence

L'admission d'un majeur protégé sous tutelle est prononcée à la demande de son tuteur. Le majeur protégé est toutefois en droit d'être associé à la décision d'une manière adaptée à son discernement. Son consentement à l'hospitalisation doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté, le cas échéant avec l'assistance de son tuteur.

Si le majeur protégé n'est pas apte à exprimer sa volonté le tuteur donne son autorisation en tenant compte de la volonté de la personne sous tutelle.

Dans la mesure où son état le lui permet, la personne sous tutelle participe, après avoir été informée par le médecin, à la prise de décision relative à sa santé. Lorsque la tutelle prévoit la protection relative à la personne toute information médicale doit être transmise non seulement au majeur protégé mais également à son tuteur dès l'admission et tout au long du parcours de soin.

93.2.2. L'admission du majeur protégé sous tutelle en situation d'urgence

Le médecin peut passer outre l'avis du tuteur (ou en cas d'absence de réponse de celui-ci) pour admettre le majeur protégé en urgence.

Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

93.2.3. L'admission du majeur protégé sous tutelle en refus de soins

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Article 94. L'admission d'un patient en situation de handicap

94.1. Les dispositions générales de l'admission d'un patient en situation de handicap

Le Centre Hospitalier s'engage à prendre en charge les patients en situation de handicap, quel que soit le type de handicap, en permettant en accueil facilité : organisation du parcours en amont, aménagement de l'hôpital, reconnaissance de la place de l'aidant.

Le Centre Hospitalier a signé la charte Romain JACOB en février 2023.

94.2. L'admission d'un patient malvoyant ou malentendant

Le Centre Hospitalier veille à accompagner au mieux les patients malvoyants qui bénéficient d'un chien-guide ou d'un autre animal thérapeutique dans le cadre de l'admission.

Si la personne malvoyante est guidée par un chien ou un autre animal thérapeutique, ce dernier peut pénétrer dans les lieux ouverts au public. L'animal ne doit pas s'approcher des patients, ni être introduit dans les salles de consultations ou de soins. En cas d'hospitalisation, l'animal doit être remis à un proche du patient. À défaut, le chien pourra être confié à la garde d'un chenil.

Pour favoriser l'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes, un professionnel formé à la langue des signes peut intervenir sur sollicitation des professionnels hospitaliers.

Article 95. L'admission du patient dépendant d'une instance gouvernementale

95.1. L'admission du patient militaire

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente. Si le Directeur du Centre Hospitalier est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche.

Les frais de consultation et d'hospitalisation du patient militaire sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie militaire (CNMSS militaire).

95.2. L'admission du patient exerçant en tant que gendarme, policier ou dans le secteur pénitentiaire

L'autorité hiérarchique d'un gendarme, d'un policier ou d'un personnel pénitentiaire, blessé dans l'exercice de ses fonctions et pris en charge par le Centre Hospitalier, est avisée sans délai de l'admission de son fonctionnaire par le Directeur du Centre Hospitalier.

Sans aucun délai, le professionnel du service de sûreté dépose l'arme de service au coffre dédié présent au bureau des entrées et renseigne le registre de conservation des armes de catégorie D et substances illicites.

Les frais de consultation et d'hospitalisation sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie militaire (CNMSS militaire) pour les patients exerçants en tant que gendarme, et par le MPG par les patients exerçants en tant que policier.

95.3. L'admission du patient bénéficiaire de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre

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

Les frais de consultation et d'hospitalisation sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie militaire (CNMSS militaire) pour les militaires en activité.

Article 96. L'admission du patient étranger

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

Les frais d'admission d'un patient étranger sont couverts pour les résidents européens par la carte européenne d'assurance maladie ou par une assurance privée pour les résidents hors union européenne. Dans le cas où le patient n'est pas couvert par une assurance, il sera redevable des frais de consultation ou d'hospitalisation.

Textes réglementaires

Article L. 121-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Article 97. L'admission du patient souffrant d'addictologie et/ou de toxicomanie

Les patients présentant une addictologie sont pris en charge au sein du Centre hospitalier.

Le service de consultations en addictologie prend en charge toute personne qui s'interroge sur sa consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, cocaïne, jeux, écrans ou bien sur celle d'un proche que ce soit dans le but de s'informer, de réduire ou d'arrêter. Il propose également des groupes de parole.

Les frais de prise en charge sont couverts par l'assurance maladie. Dans le cas où le patient n'est pas couvert par une assurance, il sera redevable des frais de consultation ou d'hospitalisation.

Les patients toxicomanes qui se présentent spontanément dans l'établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, ont lieu dans les conditions prévues par la réglementation.

Textes réglementaires

Articles L. 3411-1, L. 3412-1 et suivants ; L. 3413-1 et suivants ; L. 3423-1 ; R. 1112-38 et 39 du Code de la santé publique

Articles L. 3413-1 à L. 3413-3 du Code de la santé publique

Article 98. L'admission d'une personne victime de violences conjugales

Le Centre Hospitalier est pleinement engagé dans la lutte contre les violences conjugales, en lien avec les autorités judiciaires et les associations d'aide aux victimes.

Depuis 2007, l'unité d'accueil des victimes (UAV) a ouvert ses portes et accueille toute personne victime de violence. Dès 2021, un dispositif d'accueil des femmes victimes de violence a été adossé à l'UAV.

La Maison des Femmes viendra étoffer ces deux dispositifs en 2026.

La Maison des Femmes est un lieu d'accueil, d'écoute, et d'accompagnement médical, psychologique, juridique, administratif pour les femmes victimes de violences. Elle propose également un espace sécurisé pour les enfants et intervient dans les domaines de la prévention, de l'éducation et de la santé publique.

La mission de la Maison des Femmes est triple :

- Assurer une prise en charge sanitaire spécifique à destination des femmes victimes de violences ;
- Contribuer à l'animation et au soutien des professionnels de santé du territoire, notamment par la formation, pour assurer le repérage et la prise en charge sanitaire adaptée de ces situations et en appui du rôle global des Agences Régionale de Santé en matière d'animation des acteurs de santé de leur territoire ;
- Développer in situ la possibilité d'un dépôt de plainte pour faciliter les démarches des femmes victimes de violences.

Un référent institutionnel est nommé au sein du service des urgences de l'établissement.

Un protocole pour la prise en charge personnes victimes de violence est disponible dans le GED.

Article 99. L'admission d'un patient ayant la qualité d'évacué sanitaire

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

Article 100. L'admission d'un patient blessé par arme

Il revient au Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, d'apprécier, autant que possible avec l'équipe médicale et soignante, la situation et les circonstances de la situation, puis de prendre avec discernement et en conscience les décisions qui lui paraissent s'imposer. Il ne peut notamment y avoir de déclaration systématique aux services de police de l'admission des blessés par arme à feu ou arme blanche.

Lorsque les praticiens hospitaliers extraient un projectile du corps d'un patient (balles, lames de couteaux, etc.), ils doivent prendre les mesures conservatoires appropriées permettant les examens utiles aux autorités judiciaires si elles étaient saisies.

Un compte-rendu opératoire particulier doit être rédigé et mentionne obligatoirement :

- La localisation des projectiles ;
- La nature des lésions constatées.

Article 101. L'admission du patient après une tentative de suicide

S'il existe un doute sur l'origine des lésions constatées, incompatibles avec la thèse d'une tentative de suicide, un signalement peut être adressé au Procureur de la République, que la personne soit ou non consciente, et quelle que soit la version des faits, dès lors que la loi autorise la révélation du secret professionnel (présomptions de sévices sur un mineur ou sur une personne vulnérable ou présomptions de crime sur une autre personne, telle que tentative de meurtre).

Le décès d'un patient hospitalisé après une tentative de suicide est une mort soulevant un obstacle médico-légal à l'inhumation qui justifie l'ouverture d'une enquête judiciaire.

Article 102. L'admission du patient amené par les forces de l'ordre

102.1. Le patient amené par les forces de l'ordre en état d'ivresse

Les services de police sont tenus d'amener au Centre Hospitalier les personnes trouvées en état d'ivresse sur la voie publique.

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de Police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe au Centre Hospitalier de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces autorités.

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

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. Les services de police ont l'obligation légale d'obtenir un certificat de non hospitalisation (CNH). La constatation de l'alcoolémie permet de caractériser l'infraction. Cette constatation doit donc se faire dans le délai le plus bref afin d'éviter une modification du taux d'alcool dans le temps.

À la suite de cet examen, la personne est soit hospitalisée, soit remise au service de police ou de gendarmerie qui l'a conduite au Centre Hospitalier.

En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée au Centre Hospitalier. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services.

Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure relative aux refus de soins. Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant doit, au cas où la personne alcoolisée est présumée dangereuse, signaler aux autorités sans délais la situation.

La prise en charge des personnes en état d'ivresse manifeste sur la voie publique constitue une mesure de service public ne donnant pas lieu à l'établissement d'un mémoire de frais.

Textes réglementaires

Articles L. 3813-47 et L. 3341-1 du Code de la santé publique

102.2. Le patient nécessitant une constatation d'ordre médical ou des examens techniques ou scientifiques

Les médecins sont régulièrement sollicités dans le cadre de réquisitions judiciaires.

On entend par réquisition, un ordre de l'autorité publique à une personne physique ou morale, d'accomplir un acte ou une prestation. Pour rapporter la preuve d'une infraction et l'implication de la personne poursuivie, les officiers de police judiciaire (OPJ) vont sur autorisation ou sous le contrôle du procureur de la République ou sur commission rogatoire du juge d'instruction, procéder à un certain nombre d'investigations.

Article 103. L'admission du patient réalisant une grève de la faim

La prise en charge des patients placées dans cette situation varie selon leur statut juridique.

La grève de la faim est une liberté individuelle exprimée par l'article 5 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et renforcée par les dispositions de l'article 16-3 du Code civil selon lesquelles « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique et avec le consentement de l'intéressé hors le cas où son état rend nécessaire une intervention à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

La grève de la faim est définie comme un jeûne volontaire total durant plus de 72 heures, réalisé par une personne en capacité de décider pour elle-même et à exprimer son consentement. La prise uniquement d'eau, le rajout de sels minéraux ou de sucre est possible.

Dans toutes situations de grève de la faim, il convient de se référer aux règles éthiques et déontologiques.

103.1. Le patient est en capacité de décider

Lorsque le patient se déclarant en grève de la faim est en capacité de décider et qu'il est apte à exprimer une volonté ou un consentement éclairé, le médecin se trouve confronté à un conflit d'éthique partagé entre le devoir d'assistance à personne en danger et le respect du libre choix de l'individu.

Le respect de la déontologie médicale et des textes fondamentaux des droits de l'individu impose un strict respect de la volonté de la personne. Dans ce cas, il ne peut être procédé à une alimentation forcée.

Le patient doit bénéficier d'un entretien médical certifiant de sa capacité à décider et à exprimer une volonté ou un consentement, et lui permettant de disposer de l'ensemble des informations relatives à sa décision.

103.2. Le patient n'est pas en capacité de décider

Lorsque le patient n'est pas en capacité de décider pour lui-même et qu'il n'est pas apte à exprimer une volonté ou un consentement éclairé, l'équipe médicale doit prendre les mesures nécessaires dans l'intérêt du patient.

Le patient doit bénéficier d'un entretien médical certifiant qu'il n'est pas en capacité de décider pour lui-même et d'exprimer une volonté ou un consentement. Cet entretien permet également d'informer le patient de l'ensemble des informations relatives à sa décision.

103.3. Le patient est détenu ou gardé à vue

Lorsque le patient détenu ou gardé à vue déclare une grève de la faim, il est régi par l'article D. 364 du Code de procédure pénale précisant que si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales.

Le patient détenu ou gardé à vue doit bénéficier d'un entretien médical certifiant de sa capacité à décider et à exprimer une volonté ou un consentement, et lui permettant de disposer de l'ensemble des informations relatives à sa décision.

Textes réglementaires

Articles D. 364 du Code de procédure pénale

Article 104. L'admission des personnes détenues ou en garde à vue

104.1. L'admission du patient en situation de détention

La prise en charge des patients détenus s'effectue dans le cadre d'une convention entre le Centre Hospitalier et la Maison d'arrêt de Foix.

104.1.1. Les dispositions générales d'admission du patient détenu

Le Centre Hospitalier est chargé de dispenser au sein de l'Unité Sanitaire de la Maison d'Arrêt de Foix les soins aux personnes détenues. Dans ce cadre, il lui revient d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, des consultations spécialisées, de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé et de mettre en place une permanence de soins.

La Maison d'Arrêt de Foix prend toutes mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes à l'occasion de ces consultations conformément aux dispositions du code de procédure pénale. Il peut être requis, soit à la demande de l'équipe de l'Unité Sanitaire, soit à la demande de l'Administration Pénitentiaire, la présence d'un surveillant si nécessaire dans les locaux de l'Unité Sanitaire pendant les soins, et ce en conservant le respect du secret médical.

Textes réglementaires

Articles R. 6111-27 à R. 6111-40 du Code de la santé publique

104.1.2. L'admission pour hospitalisation du patient détenu

Le Centre Hospitalier dispose d'une chambre sécurisée entièrement dédiée à la prise en charge des patients détenus.

La garde du patient détenu est assurée obligatoirement et exclusivement par des agents de Police, des agents de l'administration pénitentiaire ou de gendarmerie en tenue. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

Les détenus peuvent être soumis au port des menottes, ou des entraves par mesure de sécurité (contre actes agressifs et les évasions) lorsque les circonstances l'exigent. Les contraintes physiques (entraves, menottes) peuvent être enlevées après un entretien et l'accord du personnel de surveillance si le médecin l'estime nécessaire sur un plan exclusivement médical.

Par exception, le détenu peut être pris en charge par les services d'urgences ou de réanimation, quand il requiert des soins de réanimations, des soins intensifs ou une surveillance particulière au regard de son état de santé. Dès que son état de santé le permet, il sera transféré dans la chambre sécurisée dédiée. La surveillance demeure également assurée obligatoirement et exclusivement par des agents de Police, des agents de l'administration pénitentiaire ou de gendarmerie en tenue.

104.2. L'admission du patient en situation de garde à vue

L'admission des patient gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

Textes réglementaires

Article D. 6124-23 du Code de la santé publique

104.3. Les auditions par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement. En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit.

Cet avis est immédiatement transmis au Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

Textes réglementaires

Articles 63-1 à 63-3 et D. 15-5-2 du Code de procédure pénale

Article 105. L'admission des patients en soins psychiatriques

Le Centre Hospitalier ne dispose pas d'unité dédiée à la prise en charge de patients nécessitant des soins psychiatriques.

Les soins psychiatriques sont assurés par le personnel médical et infirmier de l'équipe d'urgence et de psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC).

Ces prises en soins ont pour objectif :

- De prendre en charge des situations d'urgence psychiatrique ;
- De détecter et d'évaluer les troubles psychiatriques, y compris dans les pathologies mixtes ;
- D'initier précocement un traitement médical adapté ;
- De réaliser une admission en service d'hospitalisation en psychiatrie, si nécessaire, dans les meilleures conditions possibles et le cas échéant en soins sans consentement si la situation l'exige ;
- D'orienter et d'informer les patients et leurs familles en ce qui concerne le parcours de soins en psychiatrie ;
- De réaliser un travail de liaison et d'informations en fonction des problèmes rencontrés, auprès des services du CHAC et des partenaires du réseau sanitaire et médico-social de l'Ariège.

Tout patient accueilli au Service des Urgences et nécessitant une consultation en psychiatrie bénéficie d'un entretien médical préalable avec le médecin urgentiste.

Sur site, le patient est reçu par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) qui caractérise la demande de soins du patient puis par le Médecin pour une évaluation somatique. L'infirmier de l'équipe d'urgence et de psychiatrie de liaison peut être sollicitée pour une évaluation psychiatrique réalisée au cours d'un entretien infirmier, et faire appel au psychiatre affecté aux soins psychiatriques ou au psychiatre d'astreinte, si une évaluation médicale s'avère nécessaire.

Si la situation le nécessite, une orientation et un transfert vers un établissement de santé autorisé à exercer une activité de soins de psychiatrie seront proposés et organisés selon les modalités de soins psychiatriques prévues par la réglementation en vigueur.

Textes réglementaires

Articles L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique

Chapitre 20 : La sortie du patient

Les dispositions concernant la sortie des résidents en EHPAD sont décrites dans le règlement de fonctionnement qui lui est propre.

Article 106. Les compétences du directeur du centre hospitalier

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins, sa sortie est prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée. Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas.

Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

Article 107. Les modalités de sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

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

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le Centre Hospitalier tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département. Le praticien qui a adressé le patient au Centre Hospitalier en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée le médecin du Centre Hospitalier en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Tout patient reçoit, lors de son admission, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration du Centre Hospitalier sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les autorités sanitaires.

Article 108. La sortie du nouveau-né

L'enfant quitte le Centre Hospitalier en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

Article 109. La sortie contre avis médical

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre Hospitalier. Par exception, cette disposition n'est pas applicable aux patients suivants :

- Les patients mineurs ;
- Les patients admis en soins sans consentement ;
- Les patients sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, etc.) ;
- Les patients gardés à vue ou faisant l'objet d'une audition judiciaire ;
- Les patients détenus.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues. Dans ce cas, il est demandé au patient de signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

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

Les modalités de la sortie du patient sont consignées dans le dossier médical, et une information au Directeur du Centre Hospitalier ou à son représentant est immédiatement réalisée.

Textes réglementaires

Article R. 1112-62 du Code de la santé publique

Article 110. La sortie à l'insu de l'établissement

La sortie à l'insu de l'établissement s'entend pour les patients qui soit ne reviennent pas à l'issue d'une permission de sortie, soit qui ont quitté l'établissement à l'insu du service.

Au cas où un patient quitte le Centre Hospitalier sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins dans laquelle il est accueilli, de l'ensemble de l'établissement et de ses abords immédiats.

Si les recherches restent infructueuses et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, patient vulnérable), le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, est informé. Les forces de l'ordre peuvent être sollicitées par l'équipe en charge du patient. Celle-ci informe la famille et/ou le représentant légal.

La sortie du patient est prononcée le jour où le patient a quitté le Centre Hospitalier, à minuit.

Article 111. La sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le Directeur du Centre Hospitalier peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable fait au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

Textes réglementaires

Article R. 1112-65 du Code de la santé publique

Chapitre 21 : Les dispositions relatives au décès

Article 112. L'attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état général du patient/résident s'est aggravé et que le décès paraît imminent, le représentant légal et/ou la personne référente du patient/résident doivent être prévenus sans délai par un professionnel hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état général.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même, son représentant légal et/ou sa personne référente ou de confiance du patient en expriment le désir. Dans ce cas, le Centre Hospitalier se doit de mettre tout en œuvre pour que les soins d'hygiène et de confort indispensables à la personne en fin de vie soient dispensés à son domicile.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé et que la patient ou le résident se trouve dans une chambre double, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle permettant de dispenser les soins dont il doit bénéficier dans l'accompagnement de sa fin de vie.

Quel que soit le lieu d'accompagnement, les professionnels hospitaliers doivent s'assurer que les souhaits présents dans les directives anticipées, sont respectés concernant son accompagnement en fin de vie, y compris ceux relatifs à ses pratiques, croyances et rites religieux et mortuaires. Si le patient/résident n'a pas rédigé ses directives anticipées, les professionnels hospitaliers se renseignent auprès de son représentant légal, de sa personne référente et/ou de personne de confiance pour disposer de directives particulières ayant été portées à leur connaissance.

La famille et les proches du patient/résident peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Cette présence reste limitée à un nombre adapté à la situation du patient/résident et afin de ne pas troubler le bon fonctionnement de l'accompagnement du patient.

La famille et les proches peuvent prendre leurs repas au Centre Hospitalier ou à l'EHPAD et y demeurer en dehors des heures de visite.

Article 113. L'annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du Centre Hospitalier. Cette constatation effectuée, le représentant légal et/ou la personne référente du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens (en tenant compte notamment de la personne à prévenir identifiée dans le dossier du patient, le cas échéant, ou de la personne de confiance).

A titre expérimental, un infirmier peut constater le décès et établir le certificat de décès lorsque la personne est décédée en EHPAD, sur la base du volontariat.

La notification est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au Président du Conseil Départemental ;
- 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 à son domicile habituel ;

- Pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- Pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- Pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Article 114. Les formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel soignant du service :

- Procède à la toilette mortuaire du patient décédé avec toutes les précautions convenables, selon le mode opératoire spécifique du Règlement Intérieur de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier et dans le respect des directives anticipées du patient ou bien des informations délivrées par la famille ou les proches;
- Dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient ;
- Rédige un bulletin d'identité du corps ;
- Appose sur le corps un bracelet d'identification.

Une fiche d'identification destinée à la direction du Centre Hospitalier et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « Le décès paraît réel et constant ».

Un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la Mairie dans les 24 heures par voie dématérialisée (électronique).

Le professionnel hospitalier du bureau de l'état civil du Centre Hospitalier doit annoter pour sa part :

- Le registre des décès du Centre Hospitalier ;
- Le registre de suivi des corps ;
- À la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune (à noter qu'il est possible que l'enregistrement se fasse informatiquement, avec la procédure de transmission du certificat de décès par voie dématérialisée).

Si le patient/résident décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit également s'assurer au préalable de son retrait.

Article 115. Les soins de conservation

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.

Textes réglementaires

Article R. 2213-2-2 du Code général des collectivités territoriales

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.

Article 116. 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.

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 des dits objets et effets.

Au terme de la loi, les effets mobiliers apportés par les personnes décédées (sauf s'il s'agit de militaires) dans les établissements publics de santé après y avoir été traitées gratuitement, appartiennent aux dits établissements à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence.

Textes réglementaires

Article L. 6145-12 du Code de la santé publique

Les héritiers et légataires des personnes 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 personnes. En cas de déshérence, ces effets appartiennent aux établissements publics de santé.

Article 117. Les indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant prévenu par le médecin responsable du service concerné, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

Textes réglementaires

Article R. 1112-73 du Code de la santé publique

Article 118. Les modalités relatives au transport et à la chambre funéraire sur les sites de Saint Jean de Verges et de Lavelanet

118.1 Le dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps du patient décédé est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire du site sur lequel il est décédé. Ce transfert s'effectue dans les 10 heures suivant le décès.

De là, il ne peut être transféré hors du Centre Hospitalier que dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur et avec les autorisations prévues par la loi.

Quand les circonstances le permettent, la famille et les proches peuvent demeurer auprès du défunt dans sa chambre d'hospitalisation avant que le corps ne soit déposé en chambre mortuaire. Lorsque la présentation a lieu après le transfert en chambre mortuaire, elle se déroule dans la salle spécialement aménagée à cet effet. Dans les deux situations, la présentation du défunt répond aux exigences de discrétion et de recueillement.

Avant toute présentation, les professionnels hospitaliers doivent s'assurer que les souhaits présents dans les directives anticipées du patient soient respectés concernant son accompagnement en fin de vie, y compris ceux relatifs à ses pratiques, croyances et rites religieux et mortuaires relatifs à la présentation du corps et à la mise en bière.

Textes réglementaires
Article R. 2223-89 du Code de la santé publique

La présentation du corps

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.

Textes réglementaires
Articles R. 2223-39 ? 2223-89 et 2223-97 du Code général des collectivités territoriales

118.2. Le transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé, et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

118.3. Le transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un proche

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du Maire du lieu de dépôt du corps.

Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps du défunt.

Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès :

- À la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- À la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
- À l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicales où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un

- médecin du Centre Hospitalier ;
- À l'accord écrit du Directeur du Centre Hospitalier ou de son représentant ;
- À l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- Le décès soulève un problème médico-légal ;
- L'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- Le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires spécifiques particulières et visées par arrêté ministériel.

Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le Directeur du Centre Hospitalier de son opposition. Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier.

118.4. La mise en bière et le transport après la mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du défunt est mis en bière.

Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

Article 119 Les modalités relatives aux opérations funéraires

119.1. Les opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le Centre Hospitalier tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le Centre Hospitalier fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le Centre Hospitalier applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des professionnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

119.2. Le libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du Centre Hospitalier.

Il est également strictement interdit aux professionnels hospitaliers, qui, dans le cadre de l'exercice de leur fonction, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

119.3. La liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée. Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du Centre Hospitalier afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au Centre Hospitalier, au profit d'une structure médicale de leur choix, à un fonds de dotation ou de mécénat.

Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Le Centre Hospitalier respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et professionnels hospitaliers ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du Centre Hospitalier. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie. En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

Textes réglementaires
Article 109 du Code civil

119.4. Les opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté.

Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, le Centre Hospitalier dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours et de deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement. En cas d'absence d'acte dressé par l'officier d'état civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge du Centre Hospitalier.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le professionnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le Centre Hospitalier est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Article 120. Le don du corps aux établissements d'hospitalisation, d'enseignement et de recherche

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès. Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Les frais de transport du corps, du Centre Hospitalier vers l'établissement d'enseignement, est à la charge de ce dernier. Il assure également, à ses frais, l'inhumation ou la crémation du corps.

L'établissement d'enseignement peut toujours refuser le don d'un corps s'il n'en a pas l'utilisation. Il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Celle-ci en est informée par les agents de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier.

Un corps ayant fait l'objet d'une procédure médico-judiciaire ne peut faire l'objet d'un don à la science.

Textes réglementaires

Articles L. 1261-1 et R.1261-1 du Code de la santé publique

Partie 6 : les dispositions relatives aux professionnels

Chapitre 22 : Les principes généraux liés au service public et au respect des usagers

Le bon fonctionnement du service public hospitalier et le respect des patients imposent à l'ensemble des professionnels, quel que soit leur statut, le respect d'un certain nombre de principes.

Le non-respect de l'ensemble de ces principes est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Les dispositions relatives aux professionnels s'appliquent à l'ensemble des agents du Centre Hospitalier sur tous les sites : fonctionnaires, agents contractuels de droit public, agents contractuels de droit privé, professionnels médicaux (praticiens hospitaliers, praticiens libéraux, etc.), internes et étudiants en médecine, stagiaires.

Article 121. Le principe de continuité

Le principe de continuité repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Le Centre Hospitalier assure la permanence des soins ainsi que la permanence de l'accueil des patients et de leur prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le bon fonctionnement du Centre Hospitalier repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble des professionnels, qui conditionne l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants.

La gestion prévisionnelle des congés revêt également une importance particulière.

Toutefois, ce principe de continuité doit s'accommoder avec celui du principe, à valeur constitutionnelle également, du droit de grève.

Textes réglementaires

Articles L. 6112-1 du Code de la santé publique

Articles R. 6152-26, R. 6152-35 et R. 6152-35 du Code de la santé publique

Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 (personnels non médicaux)

Décret 2002-9 du 04 janvier 2002

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 dans le cadre du principe de continuité et en cas de déclenchement d'un plan blanc, au titre duquel tout professionnel peut être rappelé à tout moment.

Article 122. Le principe de neutralité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. L'obligation de neutralité impose que le comportement, les actes ou les décisions des fonctionnaires et agents publics soient dictés uniquement par l'intérêt du service public, et non par des convictions politiques, philosophiques ou religieuses personnelles.

Le professionnel doit traiter de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité.

Chaque professionnel exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité, dans le respect du principe de laïcité. À ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses.

Il appartient à tout responsable de veiller au respect de ces principes dans les services placés sous son autorité.

En particulier, le principe de laïcité du service public fait obstacle à ce que les professionnels manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire ostensible, destiné à marquer leur appartenance à une religion.

Il interdit également toute forme de prosélytisme.

Le principe de laïcité, visant à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les professionnels du Centre Hospitalier.

Conformément au principe de laïcité, le port du voile est interdit pour l'ensemble des professionnels.

Le port de dispositifs couvrant la tête (tels que les charlottes) est réservé aux zones nécessitant des mesures d'hygiène spécifiques, comme par exemple les blocs opératoires.

Le fait, pour un professionnel du service public, de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient au Directeur du Centre Hospitalier de faire respecter les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité par le professionnel et, en cas de manquement à ces obligations, de prendre les mesures disciplinaires nécessaires.

Textes réglementaires

Article L. 6112-1 du Code de la santé publique articles R.6152-26, R.6152-31 et R.6152-35 du Code de la santé publique

Article 10 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 article 11 de la constitution du 4 octobre 1958

Article 9 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Article L. 6143-7 du Code de la santé publique circulaire du premier ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

Guide de l'observatoire de la laïcité du 23 février 2016 sur la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé conseil d'état, avis, 3 mai 2000 Mlle Marteaux, requête n° 217017

Article 123. Le devoir général de réserve, le respect de la liberté de conscience et d'opinion, le devoir de neutralité

Tout membre du personnel doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Dans l'exécution de leur service, les professionnels du Centre Hospitalier doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers, les bénévoles et les autres professionnels.

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers.

La liberté de conscience et d'opinion étant reconnue aux professionnels de la fonction publique, le devoir de réserve ne concerne pas le contenu des opinions mais leur mode d'expression. Le devoir de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers ni discréditer l'établissement.

Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service.

Textes réglementaires

Articles L. 111-2, L.121-1 et L. 121-2 du Code général de la fonction publique

Chapitre 23 : L'obligation du respect du confort des usagers

Article 124. L'obligation d'accueillir et d'informer les patients, les usagers et les familles

Les professionnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, des usagers et de leurs familles, dans le respect des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent.

Dans le cadre de la personnalisation des relations avec le public, l'anonymat des fonctionnaires est levé sauf pour des motifs de sécurité des professionnels rendant nécessaire le respect de l'anonymat.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. L'information sur son état de santé est délivrée au patient au cours d'un entretien individuel.

Toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les patients. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil ou une décision d'intervention chirurgicale devra être portée à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée. Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé du patient, tout moyen doit être mis en place pour que la famille du patient en soit informée rapidement.

Textes réglementaires

Articles L. 1111-2, L. 1111-3, L. 1113-1, R. 1112-41, R. 1112-42, L. 1113-1 du Code de la santé publique

Article 125. Le respect du secret professionnel

125.1. Les dispositions générales

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect du secret des informations la concernant.

Institué dans l'intérêt des patients, le secret professionnel est un principe fondamental, applicable à tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du Centre Hospitalier.

Le secret couvre tout ce qui est porté à la connaissance des professionnels et bénévoles dans le cadre de leur mission. Ce secret concerne ainsi tout élément qui leur est confié, mais également tout élément qui est vu, observé, entendu ou compris.

Il peut y être dérogé uniquement dans les cas de révélation strictement prévus par la loi. La violation du secret professionnel est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

125.2. Le partage d'information

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

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

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

L'équipe de soins est entendue comme un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

- Soit exercent dans le même établissement de santé, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Textes réglementaires

Article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles

125.3. L'obligation de discrétion professionnelle

Les professionnels hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions. Ceci recouvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Cette obligation s'applique à l'égard des usagers, mais aussi à l'égard de l'ensemble des professionnels et bénévoles, qui n'ont pas, du fait de leurs fonctions, à connaître les informations en cause.

Il est ainsi notamment interdit de communiquer des informations ou documents relatifs à l'état de santé d'un patient, ou des informations ou documents relatifs à la situation d'un autre professionnel, tels que les fiche de situation ou les bulletins de paye par exemple.

Cela signifie que les professionnels ne peuvent communiquer dans leur vie personnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux, blogs ou forums toute information dont ils auraient connaissance à l'occasion de leur fonction.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les professionnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Le non-respect de cette obligation de discrétion professionnelle est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

Textes réglementaires

Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

Articles L. 121-6 et L.121-7 du Code général de la fonction publique

Article 126. Le respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience, de croyance et d'opinion des patients, des usagers et des familles, doit être rigoureusement respectée par le professionnel du Centre Hospitalier.

Chacun doit s'abstenir d'exercer toute propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, sur les patients et leurs proches.

Tout professionnel hospitalier a un devoir strict de neutralité.

Enfin, il doit traiter de manière identique, sans privilège, ni discrimination, toutes les personnes se trouvant dans la même situation et respecter leur liberté de conscience.

Textes réglementaires

Article 10 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 article 1 de la constitution du 4 octobre 1958

Article 9 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales circulaire du premier ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

Article L. 121-2 du Code général de la fonction publique

Chapitre 24 : Les principes de bonne conduite professionnelle

Article 127. L'assiduité et la ponctualité

Tout professionnel hospitalier est tenu d'exercer ses fonctions avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement organisationnel du Centre Hospitalier. Ce respect conditionne la qualité de la prise en charge des patients et de l'accompagnement de leurs proches.

Tout professionnel hospitalier est tenu de respecter ses horaires de travail établis en application des dispositions réglementaires et fixés par tableaux de services communiqués par sa hiérarchie. Il ne quitte son service que lorsque la relève est assurée.

Tout professionnel hospitalier doit veiller à prévenir dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique de tout retard ou absence à son poste de travail, et fournir un justificatif en cas d'absence sous 48 heures maximum.

Textes réglementaires

Articles L. 121-3, L. 121-9 et L. 121-10 du Code général de la fonction publique

Article 128. L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique

Tout professionnel hospitalier, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Ainsi, le professionnel hospitalier doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

De même, sous réserve des règles applicables aux professions réglementées, en cas d'empêchement d'un professionnel chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre professionnel, ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail, ne peut s'y soustraire en invoquant le motif que cette tâche n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Enfin, lorsque le professionnel a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation dans le respect de la réglementation.

Textes réglementaires

Articles L. 121-9 et L. 121-10 du Code général de la fonction publique

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (article 28)

Loi n° 86-33 du 9 septembre 1986 (article 99)

Article 129. Le devoir d'alerte et d'information du supérieur hiérarchique

Tout professionnel hospitalier, quel que soit son grade ou sa fonction, doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service.

Cette obligation doit se traduire notamment par l'élaboration de rapports circonstanciés qui peuvent être sollicités par l'encadrement. Il existe en outre un devoir d'alerte auprès de l'encadrement lorsque des éléments précis peuvent faire craindre la survenance d'un incident ou d'un dysfonctionnement.

Textes règlementaires
Articles L. 135-1 à L. 135-5 du Code général de la fonction publique

Article 130. Le signalement des évènements indésirables

Tout professionnel hospitalier qui constate un évènement indésirable qui a causé ou aurait pu induire des conséquences pour un patient, un professionnel ou un bien de l'établissement, doit en informer son supérieur hiérarchique direct.

L'information est transmise au moyen d'une fiche de signalement des évènements indésirables, disponible sur le portail intranet du Centre Hospitalier. Le professionnel hospitalier peut remplir seul cette fiche ou se faire aider par un autre professionnel.

Article 131. Le bon usage des biens du Centre hospitalier

Les professionnels hospitaliers veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre Hospitalier.

Les atteintes aux biens de l'établissement peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires, d'une procédure judiciaire ou d'une demande de remboursement des frais engagés par le Centre Hospitalier pour réparer les dommages causés.

Article 132. Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tout professionnel hospitalier doit observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité applicables au sein du Centre Hospitalier.

Les professionnels hospitaliers ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale du Centre Hospitalier et de ses usagers.

Ils doivent notamment porter en présence des patients les équipements de protection individuelle adaptés aux risques et aux conditions de travail.

Ils doivent régulièrement participer aux formations sécurité incendie et aux exercices d'évacuation, et doivent appliquer sans délai les consignes données par les professionnels de sécurité, sous peine de sanction et / ou poursuite.

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 particuliers, 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.

Les professionnels hospitaliers ont l'obligation de respecter les mesures barrières imposées afin de lutter contre la propagation des virus, sous peine de sanctions disciplinaires. Chacun doit se conformer à toute directive en matière d'hygiène imposée par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, suivant la situation sanitaire de l'établissement.

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. Les ongles doivent être courts et sans vernis. 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).

Textes réglementaires

Articles L. 136-1, L. 811-1 et L. 811-2 du Code général de la fonction publique

Article 133. L'exigence d'un comportement général adapté

133.1. L'exigence d'une tenue appropriée

Une tenue appropriée, tant dans l'habillement et les accessoires, est exigée de l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier.

La tenue et les accessoires portés par chacun des professionnels hospitaliers doit être compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public.

Les tenues portées doivent être compatibles avec les règles d'hygiène en vigueur.

Le port d'accessoires sur les mains et les avants bras (bijoux, faux ongles/vernis, etc.) est totalement proscrit dans l'ensemble des services de soins. De plus, pour les professionnels soignants exerçant au sein d'un bloc opératoire ou de tout secteur interventionnel assimilable à une salle de bloc, tout port de bijoux (tête, cou, bras, mains) durant l'exercice de leurs fonctions est totalement proscrit.

Pour les professionnels prenant en charge des patients présentant des troubles du comportement, le port de tout accessoire est totalement proscrit afin d'éviter tout arrachement.

Tout professionnel exerçant dans les services de soins du Centre Hospitalier doit adopter la tenue vestimentaire réglementaire fournie pendant toute la durée du service. Les tenues sont mises à disposition de l'ensemble des professionnels dans les locaux à cet effet.

Le port des vêtements de travail est interdit dans le restaurant du personnel et à l'extérieur du Centre Hospitalier en dehors des horaires de service, hormis pour les agents de la Sécurité et de la Sureté.

Le port des tenues de bloc opératoire est strictement réservé à cet usage, et est strictement interdit en dehors de ces unités.

Les professionnels hospitaliers sont tenus de faire nettoyer leur tenue de travail par le service de blanchisserie en utilisant le circuit interne de ramassage du linge sale.

133.2. L'exigence d'un langage correct

La familiarité à l'égard des patients, des résidents, des usagers et des familles est formellement proscrite. De même les propos véhéments ou les éclats de voix exprimant la colère et le mécontentement entre les professionnels hospitaliers et tout intervenant (bénévoles, prestataires extérieurs) sont à éviter, particulièrement en présence des patients, des résidents, des usagers et des familles. Ces derniers portent atteinte à l'image du Centre Hospitalier et à une ambiance sereine de travail.

Les propos insultants, discriminatoires à l'encontre des patients, des résidents, des usagers et des familles et également entre professionnels hospitaliers et tout intervenant (bénévoles, prestataires extérieurs) sont strictement interdits. De tels propos peuvent exposer le professionnel hospitalier à une sanction disciplinaire et/ou pénale.

133.3. La lutte contre le bruit

Les professionnels hospitaliers s'efforcent, sans distinction de grades ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients, des usagers et des familles.

D'une manière générale, dans l'exercice de leurs fonctions, tous les professionnels prennent les dispositions nécessaires, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux de l'établissement.

Chacun des professionnels doit notamment, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, et tout particulièrement la nuit, dans l'ensemble des services de soins.

Textes réglementaires

Article L. 121-1 et L. 121.2 du Code général de la fonction publique

Article 134. La promotion de la bientraitance et la sollicitude envers les usagers

Les professionnels hospitaliers agissent dans un souci d'assurer continuellement le bien-être et la sécurité des usagers.

Chacun doit porter une attention particulière aux besoins et aux demandes de l'utilisateur, en respectant ses choix et ses refus dès lors qu'ils sont compatibles avec la loi et le règlement intérieur de l'établissement.

Tout professionnel doit, dans l'exercice de ses fonctions, mettre en œuvre des actions rendant concrètes et effectives le respect des droits du patient, du résident et des usagers et contribuant à l'amélioration de leur vie quotidienne.

Les professionnels prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux patients, aux résidents, aux usagers et aux familles dans les situations d'attente. Ils doivent être accueillis et informés avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le soulagement de la souffrance des patients, des résidents, des usagers qu'elle soit physique ou psychologique, doit être une préoccupation constante de tous les professionnels.

Le Centre Hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives, mais aussi institutionnelles.

Tout professionnel a un devoir de connaître et respecter la Charte⁴ de la Bienveillance du Centre Hospitalier.

Un plan d'action Bienveillance est défini par le Comité d'éthique et de bienveillance. Des référents sont nommés dans chaque pôle.

Textes réglementaires
Loi N° 2022-140 du 2 mars 2022
Article L 311-3-1 du CASF
HAS Référentiel Bienveillance

Article 135. L'obligation de déposer les biens confiés par le patient ou trouvés dans le Centre Hospitalier

Aucun professionnel du Centre Hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Les biens du patient ou du résident peuvent faire l'objet d'un dépôt selon la procédure en vigueur – Dispositions relatives au séjour du patient.

Les objets, documents ou valeurs doivent être déposés après l'établissement d'un inventaire contradictoire réalisé par deux professionnels hospitaliers à la régie centrale du Centre Hospitalier.

Tout objets, documents ou valeurs découverts ou trouvés doivent être remis au cadre du service.

Article 136. L'obligation de désintéressement

Il est interdit à tout agent du Centre Hospitalier d'avoir, dans une société publique ou privée, ou dans une association, des intérêts de toute nature qui seraient susceptibles de compromettre son indépendance.

Textes réglementaires
Articles L. 121-4, L. 121-5 et L. 122-1 du Code général de la fonction publique
Article 115 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « loi de modernisation du système de santé »
Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié par le décret 2011-82 du 20 janvier 2011 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'état
Articles L. 4113-13 du Code de la santé publique

Article 137. Absence de conflit d'intérêts

Chaque professionnel doit veiller à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver. Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.

Article 138. L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative et l'obligation de se consacrer à ses fonctions

Les professionnels hospitaliers sont tenus de se consacrer à leurs fonctions.

⁴ Annexe : Charte de la bienveillance

Il leur est impossible d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Des dérogations à cette interdiction sont toutefois possibles dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives aux cumuls d'activités.

Article 139. Les règles du cumul d'activité

A titre dérogatoire, les professionnels hospitaliers titulaires et non titulaires peuvent effectuer un cumul d'activité dans le respect de la réglementation. Selon le domaine, ces activités sont :

- ✓ Soit exercées librement (ex : production des œuvres de l'esprit)
- ✓ Soit soumises à une déclaration auprès de l'administration (ex : exercer une activité de dirigeant d'une société à but lucratif durant un an après avoir réussi un concours)
- ✓ Soit soumises à autorisation, c'est-à-dire après accord express de l'administration (ex : enseignement et formation).

Pour les cas soumis à autorisation, le professionnel hospitalier contractuel ou titulaire doit obligatoirement présenter une demande d'autorisation de cumul d'activité, en mettant en copie son supérieur hiérarchique direct, à l'attention de :

- ✓ La Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non médicaux ;
- ✓ La Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux.

Si le professionnel hospitalier exerce une activité privée lucrative sans autorisation, il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, et être conduit à reverser les sommes perçues au titre de l'activité interdite.

Textes réglementaires

Article L. 123-1 et suivants du Code général de la fonction publique

Article 140. L'impossibilité de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce

Les professionnels hospitaliers n'ont pas la possibilité de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels hospitaliers directement concernés.

Les professionnels hospitaliers ne doivent accepter des patients, des résidents, de leurs familles et des visiteurs aucune rémunération liée à l'exercice de leur fonction. Par contre, les professionnels hospitaliers peuvent recevoir en remerciement de leur accompagnement des avantages en nature de la part des patients, de leur famille ou des visiteurs, tels que des denrées alimentaires à partager au sein de l'équipe. En aucun cas, ces présents ne doivent engendrer un avantage quelconque pour le patient, le résident, sa famille ou bien le visiteur, et venir corrompre les professionnels hospitaliers dans l'exercice de leur fonction.

Textes réglementaires

Article 141. L'identité des professionnels

Les professionnels doivent porter en toute circonstance leur carte professionnelle.

Le professionnel hospitalier doit se présenter oralement au patient ou au résident qu'il est appelé à rencontrer dans le cadre de ses missions.

Dans les locaux administratifs, les noms des professionnels hospitaliers et leurs fonctions sont affichés à l'entrée des bureaux.

Textes réglementaires

Article R. 1112-42 du Code de la santé publique

Article 142. L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux

Les personnels sont tenus d'utiliser le matériel informatique mis à leur disposition par le centre hospitalier conformément aux dispositions de la charte du système d'information et du bon usage des postes informatiques, annexée au présent règlement intérieur.

L'utilisation des moyens informatiques du Centre Hospitalier mis à disposition des professionnels hospitaliers dans le cadre de la relation de leur fonction est limitée au strict cadre et aux seuls besoins de l'activité professionnelle et ne peut comporter que subsidiairement des informations relevant de l'intimité de la vie privée et notamment dans les conditions précisées ci-après.

142.1. L'utilisation des réseaux sociaux

L'utilisation des réseaux sociaux doit être faite avec prudence, dans le strict respect du secret professionnel, de la discrétion professionnelle et du devoir de réserve.

Les réseaux sociaux ne peuvent pas être utilisés pour discriminer ou tenir des propos diffamatoires à l'encontre du Centre Hospitalier, ainsi qu'à l'encontre d'un professionnel hospitalier, d'un patient, d'une famille, d'un visiteur, et de toute autre personne présente dans le cadre professionnel ou bien personnel au sein du Centre Hospitalier.

L'usage des réseaux sociaux respecte impérativement le droit à l'image des personnes concernées par la publication de prises de vue et d'images.

Dans le cadre de l'activité du Centre Hospitalier, et notamment dans la communication des manifestations événementielles et la publication de posts, l'usage des réseaux sociaux est intégralement géré par le service de communication.

Dans tous les cas, les prises de vue et images destinées à une publication sur les réseaux sociaux sont réalisées dans le respect de la dignité des personnes et ne doivent pas perturber la prise en charge et l'accompagnement des patients.

142.2. L'utilisation d'internet

L'utilisateur doit naviguer prudemment sur Internet (l'accès à des sites susceptibles d'être infectés par des virus, la tentative de téléchargement de logiciels autrement que par le biais d'un contrôle et d'une demande d'installation de ceux-ci par la Direction du Système d'Information (DSI), la tentative d'accès à des sites à contenus pornographiques, la tentative d'accès à des sites par le biais de liens publicitaires, etc., sont rigoureusement proscrits) et alerter immédiatement la Direction du Système d'Information en cas de suspicion de virus informatique.

L'utilisation d'Internet doit s'exercer dans un cadre professionnel au sein du Centre Hospitalier.

142.3. L'utilisation de la messagerie professionnelle

La messagerie professionnelle doit être considérée comme un outil de dialogue, strictement professionnel.

Les professionnels hospitaliers doivent utiliser les moyens mis à leur disposition dans un cadre professionnel.

L'usage des réseaux sociaux, d'Internet ou de la messagerie à des fins personnelles et durant les horaires de travail n'est pas autorisé.

Les professionnels hospitaliers doivent également respecter la Charte⁵ de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du Centre Hospitalier qui détaille l'ensemble des règles à respecter en matière d'utilisation des systèmes d'informations et d'usage des réseaux sociaux.

Textes réglementaires
Article 9 du Code civil
Articles 226-1 et 226-2 du Code pénal
Articles 29 et 31 de la loi du 29 juillet 1881

Article 143. L'usage du téléphone

Le Centre Hospitalier met à disposition des professionnels hospitaliers le nécessitant des DECT et/ou des téléphones portables à usage professionnel.

L'usage des téléphones portables personnels, d'écouteurs et de casques audio est strictement interdit pendant les heures de services et en présence des usagers et de leurs proches afin de ne pas les perturber et éviter les interruptions de tâches. Un usage est accepté lors des moments de pause dans les locaux réservés aux professionnels (salle de pause ou tout autre espace aménagé à cet effet).

Après chaque manipulation d'un téléphone (portable ou DECT), il est nécessaire d'effectuer une hygiène des mains par fractionnement avec un produit hydro alcoolique avant de reprendre toute activité.

Article 144. La responsabilité des effets et biens personnels

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels.

⁵ Annexe : Charte informatique et charte Sécurité pour le personnel informatique

Tout vol, perte d'argent, de valeurs ou d'objets divers ne peuvent être imputés à la responsabilité de l'établissement.

Article 145. Le respect de la charte graphique

Les professionnels hospitaliers doivent respecter la charte graphique du Centre Hospitalier définie par la direction pour tout document administratif ou tout support d'information institutionnel afin de garantir la qualité de l'image du Centre Hospitalier.

La charte graphique est disponible dans la GED.

Pour toutes demandes ou informations particulières, il convient de contacter le service communication : communication@chi-val-ariege.fr

Article 146. L'affichage de documents

L'affichage en dehors des supports prévus à cet effet est strictement interdit au sein du Centre Hospitalier.

L'exercice du droit d'affichage syndical est garanti par le Directeur du Centre Hospitalier sur les supports d'information obligatoires, de libre accès syndical installés sur chacun des sites.

L'affichage institutionnel est strictement limité à la signalétique, aux plans de repérage et de localisation, à la sécurité incendie, à la vidéo protection et à la communication.

Sauf demande validée par la direction, il est interdit d'accrocher affiches et documents sur les murs, dans les circulations, les ascenseurs, les services. Des tableaux d'affichage sont prévus à cet effet.

La dépose de tracts sur les véhicules, les parkings et au self n'est pas autorisée.

Les documents interdits seront immédiatement retirés.

Textes réglementaires
Articles R 213.51 et suivants du code de la fonction publique
Articles R 123.53 et R 123.53

Chapitre 25 : Les droits et garanties du personnel

Article 147. La liberté de conscience et d'opinion et non-discrimination

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses.

Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires qui la règlementent.

La liberté d'opinion est garantie dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle qui incombe à tous les professionnels hospitaliers.

Textes règlementaires

Article 34 du préambule de la constitution du 4 octobre 1958

Article 5 du préambule de la constitution du 27 octobre 1946

Articles L.111-1, L.111-2, L.131-1 à L. 131-13 du Code général de la fonction publique circulaire du premier ministre n°5209/SG du 13 avril 2007 relative à la charte de la laïcité dans les services publics

Article 148. La liberté d'expression directe et collective

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Les membres des organisations syndicales représentatives du personnel peuvent tenir des réunions et disposer d'autorisations spéciales d'absence.

Textes règlementaires

Articles L.211-1 à L.211-4 du Code général de la fonction publique

Article 149. Le droit de grève

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble des professionnels hospitaliers, qu'ils soient titulaires ou contractuels. Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le règlementent.

La mission de service public à laquelle le Centre Hospitalier doit en toute circonstance répondre, justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Conformément à la réglementation en vigueur, le Directeur du Centre Hospitalier organise le service minimum et peut assigner des professionnels hospitaliers indispensables à son bon fonctionnement.

A partir du recensement des grévistes, les cadres supérieurs, en collaboration avec les cadres des services, le service des ressources humaines et des affaires médicales, organisent le service minimum. Les besoins sont appréciés en priorité sur la base du tableau de service minimum approuvé en CSE et en fonction du nombre de professionnels hospitaliers non-grévistes et présents le jour de la grève et de l'activité programmée.

La Direction des Ressources Humaines met à disposition les trames de lettre d'assignation. Le cadre de service remet les lettres d'assignation aux professionnels hospitaliers concernés. L'assignation doit être remise au professionnel hospitalier avant sa prise de poste. Le professionnel hospitalier doit alors se rendre à son poste de travail à la date et à l'heure mentionnées sur l'assignation. Le fait pour un professionnel hospitalier d'ignorer les obligations découlant de l'assignation au seul motif que l'acte n'a pu lui être remis en main propre l'expose à des poursuites disciplinaires

En application de la réglementation, la participation à un mouvement de grève peut donner lieu à retenue sur traitement.

Textes réglementaires
Articles L.114 à L.114-10 du Code général de la fonction publique
Article 656 du Code de la procédure civile

Article 150. La liberté syndicale et le droit syndical

Le droit syndical est garanti à l'ensemble des professionnels hospitaliers du Centre Hospitalier qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions.

Les représentants syndicaux du personnel du Centre Hospitalier bénéficient d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

Le Directeur du Centre Hospitalier garantit le libre exercice du droit syndical, sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis de l'usager.

Textes réglementaires
Article L. 113 et L. 211-1 à L. 211-4 du Code général de la fonction publique

Article 151. L'égalité de traitement et le principe de non-discrimination

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leur sexe, de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur apparence vraie ou supposée à une ethnie.

Toutefois des distinctions, validées par le médecin du travail, peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques ou psychologiques à exercer certaines fonctions.

Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un professionnel hospitalier, titulaire ou contractuel, en prenant en considération :

- Le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Le Centre Hospitalier garantit aux deux sexes une égalité totale au niveau du recrutement, de l'avancement de carrière et de la rémunération.

Textes réglementaires
Article 1er de la constitution du 4 octobre 1958
Article 14 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et protocole additionnel n° 12 articles 1 et 6 déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789
Articles 225-1 à 225-4 du Code pénal Code général de la fonction publique

Article 152. La protection des professionnels

Aucun professionnel hospitalier ne doit se voir imposer des propos ou comportements ayant pour objet ou pour effet de dégrader ses conditions de travail, de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel.

Aucun professionnel hospitalier ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Aucun professionnel hospitalier, ne doit subir de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Tout professionnel hospitalier ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus est passible d'une sanction disciplinaire.

Le Centre hospitalier assure la protection fonctionnelle des professionnels hospitaliers qui seraient victimes de harcèlement moral et sexuel.

152.1. Le dispositif de recueil et d'écoute des signalements d'actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes ou sexuels

Le Centre Hospitalier dispose d'un dispositif permettant de prévenir les actes de violence, de discrimination et de harcèlement.

Ce dispositif est accessible à l'ensemble des professionnels, étudiants et stagiaires médicaux et non médicaux du Centre Hospitalier indépendamment de leur filière, de leur corps professionnel ou de leur niveau de responsabilité.

Le dispositif de recueil et d'écoute des signalements d'actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes ou sexuels a pour missions de :

- Recueillir tout signalement relatif au dispositif ;
- Notifier au déclarant la réception de chaque signalement ;
- Procéder à tout entretien permettant une analyse objective des faits rapportés ;
- Rétablir un rapport qui objective les faits pour chaque signalement examiné ;
- Proposer au déclarant de lui apporter un soutien et un accompagnement, en particulier des services de médecine du travail et des services sociaux. Le cas échéant, elle peut également l'orienter vers des acteurs ou des professionnels externes spécialisés ;
- Transmettre chaque rapport à l'AIPN ;
- Réaliser un bilan annuel anonymisé des signalements dont elle a été saisie et du traitement qui leur a été réservé. Ce bilan est présenté aux instances de dialogue social.

Tout professionnel hospitalier, étudiant ou stagiaire ressentant le besoin et désirant signaler une situation de violence, de harcèlement ou de discrimination peut saisir la cellule par le biais de l'adresse générique suivante : signalement@ght09.fr

Textes réglementaires

Articles L. 133-1 à L. 133-3 du Code général de la fonction publique

Circulaire du 9 mars 2018 relative à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes dans la fonction publique

152.2. La protection fonctionnelle

Le Centre Hospitalier protège l'ensemble des professionnels hospitaliers contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de leurs fonctions.

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée à tout professionnel hospitalier, titulaire ou contractuel, exerçant au sein du Centre Hospitalier ou y ayant exercé.

Le professionnel hospitalier peut ainsi bénéficier de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle).

Le Centre Hospitalier doit apporter au professionnel hospitalier concerné une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice dans les conditions fixées par l'assurance RC.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par le professionnel hospitalier par écrit et transmise soit à sa hiérarchie directe, qui la transmettra à la direction compétente (Direction des ressources humaines/Direction des affaires médicales), soit directement à la direction compétente. Un rapport circonstancié relatant les faits est joint à la demande.

Un dispositif de prise en charge des professionnels hospitaliers victimes de violence est en parallèle organisé au sein du Centre Hospitalier. Les professionnels hospitaliers peuvent bénéficier d'un accompagnement psychologique pris en charge par le Centre Hospitalier, en formulant une demande à la Direction des ressources humaines.

Textes réglementaires

Articles L.134-1 à L.134-12 du Code général de la fonction publique

152.3. Le droit de retrait

Tout professionnel hospitalier dispose du droit de se retirer d'une situation de travail, dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger.

Le professionnel hospitalier désirant faire valoir son droit de retrait, alerte par écrit dans le plus bref délai sa hiérarchie.

Le professionnel hospitalier dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou de son lieu de travail, suivant la situation exprimée.

Ce droit de retrait ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif.

Lors de son droit de retrait, le professionnel hospitalier reste à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger.

En toute circonstance, le professionnel hospitalier ne peut quitter le Centre Hospitalier sans autorisation préalable du Directeur du Centre Hospitalier.

Textes réglementaires
Article L. 4131-1 du Code du travail

Article 153. Le droit à la formation professionnelle

Les professionnels hospitaliers peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

Le Centre Hospitalier élabore chaque année un plan de formation, en vue de maintenir, de parfaire ou d'adapter les compétences des professionnels hospitaliers.

En s'appuyant sur le projet d'établissement et sur les évaluations professionnelles, ce plan de formation vise à répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

Textes réglementaires
Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « loi de modernisation du système de santé »
Articles L.4021-1 à L.4021-8 ; R.4021-1 à R.4021-8 et R.4133-2 du Code de la santé publique
Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle et circulaire d'application du 22 juin 2009
Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins
Décret n°2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu
Décret n°2013-35 du 11 janvier 2013 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins
Article L.115-4 du Code général de la fonction publique

Article 154. Le droit d'accès au dossier administratif

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout professionnel hospitalier, qu'il soit titulaire ou contractuel.

Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative du professionnel hospitalier. Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont archivées dans son dossier détenu par la Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non médicaux et par la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux.

En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis dans son intégralité au nouvel établissement.

Chaque professionnel hospitalier peut demander la communication de tout ou partie de son dossier administratif selon les modalités de son choix, dans la limite des possibilités techniques de l'administration. Pour ce faire, il doit faire une demande écrite la Direction en possession de son dossier. L'accès au dossier administratif est possible

selon des modalités suivantes : préférentiellement par mail à l'adresse suivante : secretariat-drh-chiva@chi-val-ariège.fr ou par courrier à l'attention du directeur des ressources humaines.

L'administration dispose d'un délai d'un mois suivant la réception de la demande pour communiquer le / les documents demandés.

Le dossier individuel de carrière est un outil de gestion des ressources humaines mais il constitue également un garant des droits des professionnels hospitaliers.

Textes réglementaires
Articles L. 137 à L. 137-4 du Code général de la fonction publique

Article 155 : Le droit à la déconnexion

Le droit à la déconnexion doit être concilié avec la continuité du service public (assurée 24h/24, 365 jours/an) et le rôle de recours du Centre Hospitalier dans certaines situations, et notamment les situations sanitaires exceptionnelles.

Le droit à la déconnexion correspond au droit pour tout professionnel hospitalier de ne pas être connecté à ses outils numériques et téléphoniques et ne pas répondre à une sollicitation professionnelle exprimée par voie numérique ou téléphonique, en dehors de ses horaires normaux de travail ou sur ses temps de repos, et hors situation de nécessité d'urgence ou de nécessité absolue (plans de crises, situations exceptionnelles, ...), sans que cela lui soit reproché ou que cela puisse avoir un impact sur son évolution professionnelle.

Concernant l'usage de la messagerie électronique professionnelle, aucun professionnel hospitalier n'est tenu de prendre connaissance des courriels ou d'y répondre en dehors de son temps de travail effectif et de sa position d'activité.

Concernant l'usage des applications et logiciels qui permettent une connexion personnelle à domicile, il ne peut pas, en dehors du cadre institutionnel des astreintes et d'une éventuelle situation de télétravail ou de crise, être imposé aux professionnels hospitaliers en dehors de leurs horaires de travail.

Textes réglementaires
Loi n°2019-828 du 6 août 2019 portant transformation de la fonction publique l'accord relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique du 13 juillet 2021

Article 156. Les dispositions relatives à l'organisation du temps de travail

Au sein du Centre Hospitalier, les diverses dispositions relatives au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées et consultables sur le guide de gestion du temps de travail de l'établissement et la procédure relative au télétravail.

Article 157 : L'hygiène et la sécurité des conditions de travail

Le Centre Hospitalier assure à tout professionnel hospitalier des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver sa santé et son intégrité physique et psychique durant l'intégralité de l'exercice de ses fonctions.

Chapitre 26 : La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale

Article 158. L'attention portée à la prévention des risques professionnels

Le Centre Hospitalier a mis en place différents dispositifs dédiés à la prévention des risques professionnels et à la promotion de la qualité de vie au travail, permettant de mobiliser les acteurs concernés par ces questions ainsi que des moyens dédiés à ces éléments essentiels de promotion du bien-être au travail.

158.1. Le dispositif de médiation professionnelle

La Médiation Professionnelle est un processus structuré exclusivement pratiqué par les Médiateurs Professionnels. Elle est instrumentée par l'Ingénierie Relationnelle et fondée sur l'étude des phénomènes relationnels, dans les composantes de la qualité relationnelle et de la dégradation relationnelle. Deux Médiateurs Professionnels interviennent pour la conduite de projets relationnels, qu'il s'agisse de rétablir, d'entretenir ou de mettre un terme à une situation relationnelle. Leurs techniques, méthodes, dispositifs sont identifiés dans le cadre de l'Ingénierie Relationnelle.

Le Centre Hospitalier propose un dispositif de médiation qui vise à accompagner les professionnels hospitaliers pour tous les différends relatifs à leurs relations professionnelles via l'intervention d'un tiers médiateur afin de proposer des solutions et donc de rechercher un arrangement ou un compromis.

Ce dispositif est activé dès lors qu'un différend entre professionnels hospitaliers porte une atteinte au fonctionnement normal du service.

Il s'applique à tout différend entre professionnels, opposant soit un professionnel à sa hiérarchie, soit des professionnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles dès lors qu'ils sont employés par le même établissement, au sein d'une direction commune ou d'un même groupement hospitalier de territoire.

Tout professionnel hospitalier, étudiant ou stagiaire ressentant le besoin et désirant bénéficier de ce dispositif peut saisir :

- La Direction des ressources humaines pour les professionnels non médicaux ;
- La Direction des affaires médicales pour les professionnels médicaux ;
- Le service de santé au travail

158.2. Le dispositif de médiation professionnelle

La supervision est un dispositif d'accompagnement individuel ou collectif qui offre la possibilité aux professionnels de réfléchir sur leur fonctionnement. Elle s'adresse à tous les professionnels dont l'activité les amène à être en interaction avec des personnes.

La supervision d'équipe à caractère exceptionnel peut être demandée suite à un événement qui s'est déroulé dans l'unité et qui a engendré des difficultés dans le fonctionnement de l'équipe et/ou dans la prise en soins de l'utilisateur.

Tout professionnel hospitalier, étudiant ou stagiaire ressentant le besoin et désirant bénéficier de ce dispositif peut saisir :

- La Direction des ressources humaines pour les professionnels non médicaux ;
- La Direction des affaires médicales pour les professionnels médicaux ;
- Le service de santé au travail.

Article 159. Le service de prévention et de santé au travail (SPST)

Un service de prévention et de santé au travail est présent au sein du Centre Hospitalier. Son rôle est de réaliser le suivi médical des agents et de réaliser des actions en milieu du travail.

Tout professionnel hospitalier exerçant au sein du Centre Hospitalier bénéficie d'une visite d'embauche dans les six premiers mois de son arrivée. L'agent bénéficiera d'un suivi régulier tout au long de sa carrière.

Le suivi médical a pour objet d'évaluer l'aptitude du professionnel hospitalier à son poste de travail en tenant compte de son état de santé et de la nature de son poste et de veiller à éviter toute altération de santé.

Tout professionnel de santé doit demander une visite de reprise après un arrêt pour cause de santé de plus de 30 jours. Il peut bénéficier également d'une visite à sa demande, à la demande de son Médecin traitant ou à la demande de son responsable hiérarchique.

Le médecin du travail est soumis au secret médical. 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.

Un soutien psychologique des salariés peut être réalisé dans le cadre du service de prévention et de santé au travail, par la mise à disposition d'un temps de psychologue affecté à cette mission.

Textes réglementaires

Article R. 241-10 du Code du travail

Art. 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

Art. 226-13 du code pénal, art. L.1110-4 du CSP, article 4 du code de déontologie

Le service de prévention et de santé au travail est associé aux différents dispositifs mis en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Les missions du médecin du travail lui confèrent un rôle dans l'élaboration, le suivi et la réactualisation du document unique des risques

Le document unique des risques professionnels (DUERP)

Textes réglementaires

Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, article R. 4121-1 et suivants du code du travail

Le centre hospitalier des Vallées de l'Ariège élabore le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) qui est la transposition, par écrit, de l'évaluation des risques professionnels, imposée par le Code du Travail. C'est un élément essentiel de la prévention des risques dans l'entreprise qui répond à trois exigences réglementaires :

- Le DUERP liste et hiérarchise les risques pouvant nuire à la sécurité de tout salarié.
- Le DUERP préconise des actions visant à réduire les risques, voire les supprimer.
- Le DUERP fait l'objet de réévaluations régulières.

Article 160. Le service social du personnel

Le service social du personnel participe, en s'appuyant sur des principes éthiques et déontologiques, à la prévention et la lutte contre les inégalités sociales. Il vise, par des approches individuelles et collectives, à permettre aux personnes d'accéder à l'ensemble des droits fondamentaux, d'exercer leur citoyenneté et contribue à leur insertion sociale et professionnelle. À ces fins, il mobilise un ensemble de pratiques professionnelles : écoute, évaluation, accompagnement et fonction de médiation.

L'assistant de service social peut être sollicité directement par les personnels pour des besoins d'information, de conseil et d'accompagnement dans des domaines divers :

- L'activité professionnelle : les difficultés dans l'exercice de leurs fonctions ;
- La santé : difficultés sociales, professionnelles, éventuellement familiales, résultant des problèmes de santé (congrés pour raisons de santé, reprise du travail, retraite pour invalidité, situation de handicap...) ;
- La vie familiale et personnelle : événements familiaux ayant des répercussions sur leur vie, articulation entre vie privée et vie professionnelle, accès au logement ;
- Le domaine économique : demandes liées à l'accès aux droits, ouverture ou maintien des droits sociaux, situation de déséquilibre budgétaire, surendettement, instruction des demandes d'aides et de prêts auprès des commissions départementales d'action sociale.

Deux assistantes sociales sont disponibles pour les professionnels :

- Une assistante sociale sur les sites de Saint Jean de Verges, Foix et Pamiers, tous sites y compris EHPAD ;
- Une assistante sociale sur les sites de Lavelanet et Laroque d'Olmes, tous sites y compris EHPAD.

Article 161. Les référents RH

Un référent handicap et un référent CGOS sont disponibles pour les professionnels au service des ressources humaines.

Article 162. L'obligation de vaccination

Toute personne qui exerce une activité professionnelle au sein du Centre Hospitalier l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée, à des risques de contamination, doit être immunisée contre les pathologies référencées à l'article L. 3111-4 et L. 3111-5 du Code de la santé publique.

Ces obligations vaccinales s'appliquent aussi à tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé effectuant un stage au sein du Centre Hospitalier.

Textes réglementaires
Articles L. 3111-4 et L. 3111-5 du Code de la santé publique

Article 163. La prise en charge des soins du personnel par l'établissement

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 compte tenu 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.

Seuls les médicaments nécessaires pour débiter un traitement pendant les heures de services seront délivrés par la pharmacie de l'établissement.

Article 164. L'accueil et l'intégration du nouvel arrivant au sein du Centre Hospitalier

Tout professionnel hospitalier 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 instances représentatives et spécialisées, et plus généralement, au mode de fonctionnement l'établissement.

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.

Un livret d'accueil du personnel est remis à la prise de poste.

Une session d'accueil est organisée périodiquement par la Direction de la Formation pour les professionnels non médicaux, et par la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux. Un accueil spécifique est proposé aux internes.

Article 165. Les services à la disposition du personnel du Centre Hospitalier

165.1. La restauration sur place

Les professionnels hospitaliers ont la possibilité de prendre leur repas au sein de l'établissement.

La commande de repas est possible du lundi au vendredi. Le repas est livré dans l'unité. Le prix du repas est fixé chaque année par le Conseil de Surveillance.

Les consommations personnelles sont autorisées au sein des espaces intérieur et extérieur du self.

Sur le site de Saint-Jean-de-Verges, un self est mis à disposition de l'ensemble des professionnels, du lundi au vendredi entre 11h30 et 14h30. Un espace extérieur est aménagé et directement accessible depuis le self.

La boutique est située dans le hall d'entrée du Centre Hospitalier. Cet espace propose l'achat de journaux et revues, ainsi qu'une restauration de sandwicherie et quelques produits de première nécessité. La consommation peut se faire sur place dans un espace intérieur ou extérieur, ou bien à emporter. Les professionnels hospitaliers peuvent bénéficier d'une remise sur une partie de l'offre alimentaire sur présentation de leur badge.

Sur le site du Pays d'Olmes, un espace dédié à la prise de repas est mis à disposition des professionnels.

Sur les autres sites (EHPAD, santé publique ...) un espace détente est proposé aux professionnels.

165.2. La blanchisserie

Le Centre Hospitalier assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail aux agents ayant l'obligation de porter une tenue de travail réglementaire pendant qu'ils sont en service.

Avant leur envoi à la blanchisserie, toutes les poches doivent être vidées pour éviter les pertes mais surtout 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.

165.3. Le vestiaire

Un vestiaire est mis à la disposition de chacun des professionnels hospitaliers soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail.

Les vestiaires permettent de déposer les effets et objets personnels. Le Centre Hospitalier dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.

165.4. Les dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnement

Comme employeur, le Centre Hospitalier participe à la prise en charge partielle des frais de transports collectifs utilisés par les professionnels hospitaliers dans leurs trajets domicile-travail, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

La demande de prise en charge doit être faite mensuellement sur présentation de justificatifs.

Les agents peuvent également bénéficier du forfait mobilité durable dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. La demande pour bénéficier de ce forfait est à faire au secrétariat de la Direction des Ressources Humaines : secretariat-drh-chiva@chi-val-ariege.fr

Des stationnements sont également mis à disposition des professionnels hospitaliers sous conditions et en fonction de critères de priorité établis par l'établissement et des places disponibles.

Il n'est pas autorisé aux professionnels hospitaliers dans le cadre de leur journée de travail, de stationner leur véhicule sur les parkings des urgences, de la dialyse et au dépose-minute.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier propose aux professionnels hospitaliers un parking à vélo sécurisé, accessible avec la carte professionnelle, sur simple demande auprès du Poste de Sécurité. Le Centre Hospitalier dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation des vélos ou de tout bien laissé dans le parking à vélo.

165.5. La vie sportive et culturelle

Une association organise et offre des prestations aux membres des personnels adhérents. L'association est affiliée à la Fédération Nationale des Amicales des Hospitaliers (FNAPH).

Article 166. 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.

166.1. 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 un service de garde de direction 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, le service informatique et le service bio médical.

166.2. 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 bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période 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 l'organisation retenue au Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège pour garantir le fonctionnement continu du service public hospitalier tel que défini par les textes en vigueur.

166.3. Les gardes paramédicales et médicotechniques

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 :

- L'encadrement ;
- La dialyse ;
- L'endoscopie ;
- L'hospitalisation à domicile
- L'unité de stérilisation.

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 Social d'Etablissement (CSE) et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT).

Partie 7 : les dispositions relatives à la sécurité et à l'environnement

Chapitre 27 : Les dispositifs générales relatives à la sécurité

Article 167. L'opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour objectif de prévenir et de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d'assurer la protection des personnes (Usagers et professionnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité. Les règles de sécurité visent ainsi à protéger les Usagers, les professionnels et leur outil de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Les règles de sécurité résultent de la police administrative générale qui vise à assurer le bon ordre, la sécurité et l'hygiène publique et de polices administratives spéciales telle que celles régissant la protection de l'environnement ou des établissements recevant du public.

En tant que responsable de la conduite générale de l'établissement, le Directeur du Centre Hospitalier édicte, en vertu de son pouvoir de police, des règles par voie de notes et instructions de service, dans le respect des lois et règlements en vigueur. Il veille à la coordination et au respect des règles de sécurité et de fonctionnement de l'établissement. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Dans la mesure où les conventions qui lient le Centre Hospitalier à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein de l'établissement leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est notamment transmis à cet effet. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du Directeur du Centre Hospitalier les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Sous la direction du Directeur du Centre Hospitalier, les professionnels chargés de la sécurité contribuent à la sécurité au sein de l'établissement. Les professionnels sont tenus de se conformer aux indications qui leur sont données à cet effet.

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

Les règles de sécurité sont opposables à toute personne présente sur le site hospitalier. Elle doit respecter les indications ou consignes qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du Directeur du Centre Hospitalier, de son représentant, et des professionnels habilités.

Textes réglementaires

Article L. 6143-7 du Code de la santé publique

Article 168. Les professionnels en charge de la sécurité et de la sûreté

168.1. Dispositions générales relatives aux professionnels de sécurité

Les professionnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur du Centre Hospitalier, dans le strict respect des lois et règlements en vigueur.

Des professionnels de sécurité, présents au poste de sécurité (hall d'entrée du site de saint Jean de Verges), assurent prioritairement la sécurité incendie du Centre Hospitalier.

Lors d'une situation d'incident grave, les professionnels de sécurité interviennent en matière de sécurité incendie et/ou de sûreté en attente de l'intervention des forces de l'ordre et/ou des sapeurs-pompiers. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont ainsi limitées à l'assistance aux personnes en péril, à la légitime défense ou à l'état de nécessité, ainsi qu'aux cas de crime ou de délit flagrant.

Dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour en appréhender l'auteur et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche. Ainsi, toute personne appréhendée en flagrant délit pourra être retenue par les professionnels de sécurité dans l'attente de l'arrivée des forces de l'ordre.

Les personnels assurant la sécurité ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du Directeur du Centre Hospitalier, ou de son représentant.

Il leur est interdit d'effectuer toute fouille ou contrôle d'identité des personnes incriminées par des actes malveillants.

Les professionnels de sécurité ne disposent d'aucun pouvoir de contrainte et ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. En cas de nécessité de mesures coercitives, il est obligatoirement fait appel aux forces de l'ordre.

Les professionnels de sécurité disposent du droit de demander à toute personne d'ouvrir sacs et bagages. En cas de refus, ils sont autorisés à refuser l'accès de cette personne. Dans ce cas, les forces de l'ordre seront sollicitées immédiatement pour procéder à une vérification et un contrôle d'identité.

Textes réglementaires

Articles 122-7 et 223-6 du Code pénal

Article L. 613-2 du Code de la sécurité intérieure

168.2. L'intervention des professionnels de sécurité

Les professionnels de sécurité assurent des rondes de surveillance régulière de sécurité incendie et de surveillance continue au sein de l'établissement.

Les professionnels de sécurité du Centre Hospitalier sont amenés à intervenir aux fins :

- D'assurer la sécurité des professionnels et des patients, des accompagnant et visiteurs
- D'accompagner les professionnels hospitaliers à raccompagner ou transférer un patient dans un service, qui présente un danger vital pour lui-même ou pour autrui ;
- D'aider les professionnels hospitaliers à positionner une contention chez un patient, qui présente un danger

- vital pour lui-même ou autrui et étant dans l'opposition ;
- D'apporter concours et assistance à toutes personnes en danger.

Quel que soit la situation rencontrée, les professionnels de sécurité assurent dans un premier temps un travail de médiation, de prévention et de dissuasion envers les personnes concernées par la situation.

Lors d'une situation d'incident complexe ou grave, les professionnels de sécurité peuvent être amenés à se déplacer à la demande d'un professionnel hospitalier afin d'assurer la sécurité des usagers et des professionnels hospitaliers.

Textes réglementaires
Articles 122-7 et 223-6 du Code pénal
Article L. 613-2 du Code de la sécurité intérieure

Article 169. Les matériels et dispositifs de sécurité générale

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique se fait dans le cadre de la législation applicable en matière de sécurité et des règles édictées par le Règlement Général sur la Protection des Données et la Loi Informatique et Libertés.

Cette installation doit également respecter le plan préalablement soumis par le Directeur du Centre Hospitalier aux instances représentatives compétentes.

Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, l'intimité et la dignité et le droit à la vie privée des Usagers et des professionnels.

L'utilisation et la conservation des images sont suivies dans le cadre de la politique de sécurisation d'établissement. La conservation des données est soumise à l'autorisation d'exploitation préfectorale. Seules les personnes habilitées dans le cadre de leurs fonctions peuvent visionner les images enregistrées.

Les Usagers et professionnels sont informés, au moyen d'un panneau affiché de façon visible dans les locaux sous vidéo-protection de l'existence du dispositif, du nom de son responsable et de la procédure à suivre pour demander l'accès aux enregistrements visuels les concernant. Ces éléments sont également indiqués dans le Livret d'accueil.

La mise en œuvre par le Centre Hospitalier de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'établissement engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Textes réglementaires
Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée sur l'informatique, les fichiers et les libertés modifiée règlement général sur la protection des données (RGPD - règlements (UE) 2016/679)
Loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 réglementant les activités privées de sécurité
Loi n°95-73 du 21 janvier 1995 (Article 10) d'orientation et de programmation relative à la sécurité article 226-16 à 22-20 du Code pénal article 7 du Code de procédure pénale
Articles L.223-1, L.251-1 et L.252-1 du Code de la sécurité intérieure

Chapitre 28 : Les règles générales de sécurité

Article 170. La sécurité des personnes

La sécurité des personnes vise la protection de l'intégrité physique des usagers, des professionnels et des tiers présents dans l'enceinte du Centre Hospitalier. L'ensemble des dispositions de sécurité générale et de fonctionnement spécifique a vocation à y concourir.

Le Centre Hospitalier est particulièrement attaché à la sécurité de ses patients, des résidents, usagers et professionnels, et est en relation étroite avec les autorités judiciaires et les forces de l'ordre pour garantir celle-ci.

À ce titre, le Centre Hospitalier veille à signaler aux autorités compétentes toutes menaces physiques ou verbales, de même que les agressions à l'encontre de ses patients, usagers et professionnels.

Article 171. La sécurité des biens

La sécurité des biens vise la protection des biens des patients, des résidents et du patrimoine mobilier et immobilier du Centre Hospitalier.

Les biens du patient ou du résident peuvent faire l'objet d'un dépôt.

Le dépôt de bien s'effectue à la demande du patient ou du résident, y étant invité au moment de son admission par les professionnels hospitaliers. En cas d'inconscience ou d'une hospitalisation en urgence, le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement, après inventaire contradictoire des biens par ce dernier et l'accompagnant du malade, ou à défaut, un témoin.

Tout professionnel exerçant au sein du Centre Hospitalier doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition. Les professionnels sont également invités à maintenir fermés les locaux pour lesquels un système de fermeture sécurisé est présent. Toute dégradation volontaire ou incurie caractérisée peut entraîner le remboursement par le professionnel des dégâts causés.

Tout professionnel exerçant au sein du Centre Hospitalier est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent, ne peut entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'établissement. Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques par le Centre Hospitalier, en lien avec les autorités compétentes, et entraîneront des mesures disciplinaires en conséquence.

Textes réglementaires

Article 172. Le respect du calme et de la tranquillité au sein du Centre Hospitalier

Tout accompagnant ou visiteur occasionnant un trouble au sein du Centre Hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. Si la situation persiste, il lui sera enjoint de quitter l'établissement. En cas de refus, l'accompagnant ou visiteur sera reconduit à l'extérieur de l'établissement par le professionnel de la sécurité sur demande de la cadre de santé ou du directeur de garde. En cas de nécessité, il pourra être fait appel aux forces de l'ordre, et des poursuites judiciaires pourront être engagées.

Textes réglementaires

Article 173. Les dispositions relatives à l'accès au Centre Hospitalier

173.1. Les dispositions générales

L'accès à l'enceinte et aux différents sites du Centre Hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, aux visiteurs, aux sociétés partenaires et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions ou de leur cursus de formation.

Les conditions matérielles de l'accès aux sites, parcs de stationnement, bâtiments et services de ces catégories de personnes, sont organisées par le Directeur du Centre Hospitalier. Pour préserver l'intérêt général, le Directeur du Centre Hospitalier peut être amené à prendre des mesures restrictives provisoires ou permanentes qui lui semblent nécessaires et adaptées. Il peut notamment préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Ces limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur du Centre Hospitalier ou de son représentant. Il veille également à ce que les tiers dont la présence au sein du Centre Hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie. Si nécessité, il sera fait appel aux professionnels du service de sûreté de l'établissement et, en cas de difficultés, aux forces de l'ordre.

Chacun est tenu de respecter les règles d'accès, de circulation, de stationnement, de personnes ou de véhicules, qu'elles soient générales ou particulières, et d'appliquer sans délai les consignes données par les professionnels du service de sécurité, sous peine de sanction pouvant selon les situations entraîner des poursuites judiciaires.

Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques en lien avec les autorités compétentes.

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur du Centre Hospitalier peut décider de mettre en œuvre certaines mesures de contrôle, comme l'ouverture par leurs porteurs, des sacs, bagages, sachets et paquets. À cet effet, le Directeur du Centre Hospitalier peut décider de refuser l'accès à l'établissement à toute personne qui refuserait de se prêter à ces contrôles.

173.2. Les dispositions spécifiques

173.2.1. L'accès des associations conventionnées

Les associations doivent veiller à ce que leurs activités au sein du Centre Hospitalier ne portent pas atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier et à veiller au respect, par leurs bénévoles et/ou leurs salariés, des règlements en vigueur au sein de l'établissement.

Une association qui fait du prosélytisme religieux ou commercial ou porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier par son action ou par celle de l'un ou de plusieurs de ses membres pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

Le Centre Hospitalier mettra fin à la collaboration avec une association ne respectant pas les règlements et les dispositions juridiques applicables en vigueur.

173.2.2. L'accès des bénévoles agissant pour le compte des associations

Le Centre Hospitalier facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à ses proches, ou développer des activités à leur intention.

Ces interventions sont organisées à la demande ou avec l'accord de ces derniers, et dans le respect des règles de fonctionnement du Centre Hospitalier et des activités médicales et paramédicales. Une convention est établie entre les parties.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales, ou bien pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Les bénévoles ne peuvent en aucun cas effectuer des actions de prosélytisme, notamment religieux ou commercial.

Un bénévole qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

173.2.3. L'accès aux stagiaires extérieurs

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

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

Le stagiaire qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

173.2.4. L'accès des prestataires extérieurs

Les conditions de l'accès des prestataires extérieurs doivent être prévues en amont de leur intervention et dès la rédaction du cahier des charges du marché.

Les conditions d'accès à leur lieu d'intervention doivent être précisées de façon adaptée à leur champ d'activité et suivies par le responsable du marché du pôle ou de la direction impliquée.

Aucun prestataire ne peut se voir confier tout moyen d'accès sans aucun contrôle préalable et une organisation adaptée garantissant le respect des règles du Centre Hospitalier tout en permettant au prestataire de réaliser ses missions.

Les professionnels du Centre Hospitalier référents de chaque prestataire sont garants du respect des règles et usages de chaque employé du prestataire. Ils auront la responsabilité de tous les moyens et outils mis à la disposition du prestataire.

Le libre choix du patient, ou de sa famille, est respecté notamment dans le cadre de la délivrance de dispositifs médicaux prescrits en vue de sa sortie par les pharmacies d'officine ou les prestataires.

Le prestataire extérieur qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

173.2.5. L'accès des professionnels de presse

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production et des artistes est conditionné à une autorisation écrite du Directeur du Centre Hospitalier, selon la portée du sujet, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier. Pour les mineurs, l'accord du représentant légal est nécessaire. Pour les majeurs protégés, l'accord du tuteur est nécessaire, avec l'autorisation du juge au besoin s'il y a une atteinte grave à l'intimité de la personne. Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient.

Les paroles et les images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le Centre Hospitalier ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

Textes réglementaires
Article R. 1112-47 du Code de la santé publique

173.2.6. L'accès des visiteurs médicaux et des personnes exerçant des métiers de promotion de produit de santé

Les visiteurs médicaux et les personnes exerçant des métiers de promotion des produits de santé doivent s'engager à se conformer à la charte de bonne pratique des métiers de promotion des produits de santé en vigueur au sein du Centre Hospitalier. Les professionnels commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne sont pas autorisés à rencontrer les professionnels dans les zones de soins et de consultations ainsi que les étudiants. Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales dans le cadre de protocoles de recherche ou lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire, par exemple dans le cas d'une formation sur des appareils ou des équipements spécifiques. L'accès de ces professionnels commerciaux et des visiteurs médicaux s'effectue uniquement dans le cadre de visites collectives ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre le Centre Hospitalier et l'employeur de la personne concernée. Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par le Centre Hospitalier et être identifiables. En cas de non-respect de ces dispositions, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au visiteur médical ou à l'entreprise qu'il représente.

173.2.7. L'accès des visiteurs

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur du Centre Hospitalier sur avis des Chefs de service concernés.

Le Directeur du Centre Hospitalier définit les horaires et les modalités de visite, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. Les horaires peuvent varier suivant les spécificités médicales des services.

Les horaires des visites sont de 11 heures 30 à 20 heures.

Toute sortie après 21 heures s'effectue par l'activation d'une commande manuelle accessible à proximité des portes de sortie.

En dehors des horaires de visite, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, sur prescription médicale :

- Pour des motifs d'état de santé du patient ;
- Lorsque le patient est un mineur de moins de 15 ans.

Le droit aux visites peut être restreint suivant certaines situations :

- Pour des motifs liés à l'état de santé général du patient, des restrictions peuvent concerner l'accès de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès de visiteur dans certaines unités médicales ;
- Pour les patients placés sous surveillance de la Police ;
- En période d'épidémie.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités de soins.

Les visiteurs doivent respecter l'intimité du patient ou du résident et les conditions de la bonne exécution des soins. À ce titre, les visiteurs sont priés de sortir de la chambre pendant la réalisation des soins par les professionnels hospitaliers. Les visiteurs doivent respecter le cas échéant les consignes données par les professionnels hospitaliers concernant la prise en soin du patient ou du résident et ne pas intervenir directement dans la prise en soins

Les patients ou les résidents peuvent demander au cadre de santé responsable du service, de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront, d'avoir accès à leur chambre.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients et des résidents, ni gêner le bon fonctionnement du service.

L'attention particulière des visiteurs est appelée lors de leurs allées et venues et sorties de l'établissement envers les autres patients. Toutes situations pouvant interpeller sur la situation d'un patient ou d'un résident étant par exemple désorienté dans l'espace et/ou dans le temps, étant incohérent, ayant chuté ou bien étant isolé, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, doit être impérativement signalée.

Textes réglementaires

Articles R. 1112-47 à R.1112-48 du Code de la santé publique

173.2.8. L'accès aux animaux

Sauf besoin de service ou autorisation spéciale, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte du Centre Hospitalier est interdite.

Textes réglementaires

Article R. 1112-48 du Code de la santé publique

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les animaux domestiques sont autorisés dans le cadre des conditions suivantes :

- L'accueil de chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité ;

- Les résidents en EHPAD peuvent accueillir un animal de compagnie après évaluation et sur avis du Conseil de Vie Sociale et sur autorisation de la direction et du médecin coordonnateur ;
- L'accueil de chiens lors d'une médiation dans le cadre de la Charte de partenariat Police-Justice ;
- L'accueil d'animaux dans le cadre de médiation thérapeutique, sous réserve d'une convention de partenariat.

Article 174. L'interdiction d'accès à toute personne non autorisée

L'accès au sein du Centre Hospitalier des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique.

Si ces personnes pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur du Centre Hospitalier, dans les chambres et locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils seront immédiatement exclus.

Aucune enquête, notamment téléphonique, ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur du Centre Hospitalier. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

De plus, toute personne non autorisée, dès lors qu'elle n'a pas le statut de patient, résident, usager du service public hospitalier ou de visiteur, ne peut s'introduire dans les services du Centre Hospitalier sans avoir au préalable sollicité l'autorisation du Directeur du Centre Hospitalier.

Article 175. L'interdiction de dissimulation du visage

Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage.

L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public. Par conséquent sont interdites à toute personne présente le Centre Hospitalier, les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, masque, casque, etc.) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe à la prévention des risques liés à l'identité-vigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les professionnels hospitaliers et de sécurité de l'établissement invitent les personnes dissimulant leur visage à le découvrir. En cas de refus, il sera fait appel immédiatement aux forces de l'ordre, et un signalement pourra être effectué auprès des autorités judiciaires.

Textes réglementaires

Loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public article R. 645-14 du Code pénal

Chapitre 29 : Les règles relatives à l'interdiction de fumer, de vapoter, à l'alcool et aux stupéfiants

Article 176. L'interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit de fumer et vapoter de jour comme de nuit dans l'ensemble des espaces clos et couverts de l'ensemble des sites du Centre Hospitalier, et en dehors des espaces réservés à cet usage et signalés comme tels.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Cette interdiction concerne, les espaces d'accueil et de réception, les espaces affectés à la restauration collective, les bureaux individuels et collectifs, les salles de réunion et de formation, les salles et espaces de repos, les espaces réservés aux loisirs, à la culture et au sport ; ainsi que tous les espaces médicaux et sanitaires (salles de soins, blocs opératoires, zone de stockage de matériel, etc.).

Cette interdiction concerne l'ensemble des chambres des patients et espace de prise en soin.

Une signalisation apparente, accompagnée d'un message sanitaire de prévention, rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les professionnels, le principe de l'interdiction de fumer et de vapoter.

Des zones fumeurs et de vapotage identifiées à l'extérieur de l'établissement sont réservées à cet usage au sein de chaque site du Centre Hospitalier. Chacun doit de préserver l'environnement de ces espaces afin d'en assurer la sécurité et la propreté. À ce titre, les mégots et les déchets doivent être déposés dans les contenants (cendriers et poubelles) prévus à cet effet.

Tout contrevenant s'expose à des sanctions pénales en cas de manquement à cette interdiction. Les professionnels hospitaliers s'exposent également à des sanctions disciplinaires en cas de manquement à cette interdiction.

Textes réglementaires

Décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif

Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé

Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 Décret n°2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif.

Article 177. Les dispositions générales relatives à la consommation d'alcool et de stupéfiants

Il est interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées ou des produits stupéfiants dans les différents espaces, intérieurs et extérieurs, du Centre Hospitalier.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne en état d'ébriété ou d'ivresse, ou sous l'emprise de stupéfiants, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Dans le cas de découverte de petites quantités de stupéfiants, révélant uniquement la toxicomanie de l'utilisateur, le respect des déontologies médicales et soignantes s'applique et il n'y a pas lieu de signaler directement auprès des autorités judiciaires la personne détentrice de stupéfiants. Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, procède à la saisie des stupéfiants et les dépose dans un coffre dédié et renseigne le registre de conservation des armes de catégorie D et substances illicites. En cas de refus du patient de céder les stupéfiants, une intervention des forces de l'ordre est sollicitée.

Dans le cas de découverte de quantité importante (plusieurs dizaines de grammes), laissant présumer l'organisation d'un trafic, le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, est avisé sans délai de l'incident et de l'identité du patient détenteur, et en avise les forces de l'ordre.

Article 178. L'interdiction de consommation d'alcool et de stupéfiants pour les professionnels du Centre Hospitalier

Il est strictement interdit pour les professionnels intervenant au sein de l'établissement de consommer de l'alcool et/ou des stupéfiants, sur leur lieu de travail, ou d'être sous l'emprise de ces derniers à leur prise de poste.

En cas de suspicion d'état d'ébriété ou de consommation de stupéfiant, l'agent est adressé au service de prévention et de santé au travail pour bilan adapté et évaluation de l'aptitude au poste. Il peut être fait recours à un alcootest ou un test salivaire par le service de prévention et de santé au travail. En cas de refus de l'agent de se soumettre au test, l'agent sera susceptible d'être sanctionné et il existera une présomption d'état d'ébriété ou d'emprise de drogue de l'agent. Avec l'accord de l'agent, il peut être procédé à une prise de sang au sein du service de prévention et de santé au travail. En cas de résultat positif, le professionnel hospitalier est immédiatement retiré de son poste de travail. En cas de non-respect des dispositions relatives à l'interdiction de consommation d'alcool et de stupéfiants pour les professionnels du Centre Hospitalier, le professionnel s'expose à des sanctions disciplinaires.

En dehors des heures d'ouverture du service de santé au travail, les éthylotests et tests salivaires peuvent être réalisés par un encadrant. Le directeur de l'établissement ou son représentant en est systématiquement informé.

Chapitre 30 : Les règles de sécurité de fonctionnement

Les professionnels hospitaliers sont tenus de strictement observer les règles de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins du patient ou du résident. Ces règles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'établissement engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Article 179. La recherche de la maîtrise des risques

Le Directeur du Centre Hospitalier prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients, des résidents, des visiteurs et des professionnels hospitaliers.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'établissement, le Directeur du Centre Hospitalier définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernées.

Le Directeur du Centre Hospitalier informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes de l'application des plans d'actions et de prévention.

Le Directeur du Centre Hospitalier organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Le Directeur du Centre Hospitalier prévoit un programme visant à former les professionnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt, et notamment en cas de dommage lié aux soins.

Article 180. La sécurité incendie

180.1. La sécurité générale et registre de sécurité

Le Centre Hospitalier est assujéti au règlement de sécurité contre l'incendie relatifs aux établissements recevant du public ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc.) doivent être conformes aux dispositions de la loi relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

Le plan de l'établissement est mis à jour régulièrement en concertation avec les services d'incendie et de secours. Les plans d'évacuation et les consignes à tenir en cas d'incendie sont affichés dans les couloirs des services.

Le Centre Hospitalier doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité. Ces renseignements sont communiqués à la Commission de sécurité compétente lors des visites périodiques de contrôle et des visites inopinées. Ces renseignements concernent en particulier :

- L'état du personnel chargé du service d'incendie ;
- Les diverses consignes, générales et particulières, établies en cas d'incendie ;
- Les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ;
- Les dates des travaux d'aménagement et de transformation, leur nature, les noms du ou des entrepreneurs et, s'il y a lieu, de l'architecte ou du technicien chargés de surveiller les travaux ;
- Tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des professionnels, changement d'affectation des locaux, sinistres, etc.

Tout changement ou modification d'affectation d'un local doit faire l'objet d'une appréciation au regard des risques incendie, de l'hygiène et de la sécurité au travail par approbation et régularisation auprès du Responsable de la direction travaux, patrimoine, sécurité et Logistique du Centre Hospitalier.

Textes réglementaires

Décret n°2009- 1119 du 16 septembre 2009

Arrête du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public : ERP type U

Articles R. 4141-1 à R. 4141-4 du Code du travail

Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique

180.2. La formation des professionnels

L'ensemble des professionnels hospitaliers est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie.

En cas d'incendie, les professionnels sont tenus de se conformer aux consignes de sécurité prévues et affichées à chaque entrée et issue de service.

La formation à la sécurité incendie est une formation obligatoire une fois par an, dont aucun professionnel ne saurait être exempté.

Les professionnels hospitaliers doivent veiller en permanence :

- À la vacuité des circulations et des issues de secours en évitant tout encombrement de matériel ; il est notamment interdit de maintenir en position ouverte les portes coupe-feu équipées de ferme porte ;
- À limiter le potentiel calorifique dans les locaux en évacuant régulièrement les cartons, les emballages, et matériels inutilisés.

L'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier est tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement et de prendre connaissance des plans et des consignes en cas d'alarme incendie et d'évacuation.

Toute personne présente au sein de l'établissement doit obéir aux injonctions des professionnels habilités et formés en cas d'alarme incendie et d'évacuation.

Article 181. La sécurité technique

La sécurité technique comprend, sur les différents sites, la surveillance, le suivi et le contrôle des alarmes techniques, la disponibilité permanente des groupes électrogènes, de la distribution électrique et des fluides médicaux.

La continuité du service électrique vise notamment à assurer le secours de l'ensemble des blocs opératoires et des appareils de maintenance et de suppléance en fonctionnement dans les services de soins du Centre Hospitalier.

Les prises de secours, repérables à leur partie rouge, alimentées par des équipements techniques d'Alimentations Sans Interruption (onduleurs), sont exclusivement affectées à cet effet et ne sauraient en aucun cas être débranchées et utilisées à d'autres fins.

Le Directeur du Centre Hospitalier organise l'astreinte technique afin de faire face, en permanence, aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du Centre Hospitalier.

Article 182. L'utilisation des véhicules de service du CHIVA

L'utilisation des véhicules de service 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 de service 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 de service, tout incident de parcours doivent immédiatement être signalés à la direction.

Cas de l'accident de trajet

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).

Article 183. La sécurité informatique

Tous les agents et utilisateurs du système d'information sont tenus de respecter les directives énoncées dans la charte⁷ informatique annexée à ce règlement. Celle-ci détaille les règles applicables pour l'utilisation des ressources informatiques afin de garantir la sécurité et la confidentialité des informations. Le non-respect de ces règles peut entraîner des sanctions disciplinaires conformément aux dispositions du présent règlement intérieur.

Les utilisateurs disposant de droits étendus (administrateurs) sont tenus de respecter la charte de sécurité pour le personnel informatique, également annexée à ce règlement.

L'établissement s'est doté d'une Politique de Sécurité du Système d'Information qui détaille les mesures de sécurité applicables au Système d'Information. Celle-ci est disponible sur l'intranet.

Textes réglementaires

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « loi informatique et libertés »

Chapitre 31 : Les règles relatives à la voirie, aux accès, à la circulation et au stationnement

Article 184. La nature de la voirie hospitalière

Les voies de circulation et places de stationnement du Centre Hospitalier font parties du domaine public de l'établissement.

Ces voies sont strictement réservées à la circulation des professionnels hospitaliers et de transport sanitaire, des usagers, des véhicules du réseau des transports en commun et des personnes spécialement autorisées par le Directeur du Centre Hospitalier.

Les espaces verts doivent être scrupuleusement respectés. Des aménagements spécifiques (bancs, circulations piétonnières...) sont mis en place.

Article 185. Les dispositions générales d'accès

L'accès dans l'enceinte du Centre Hospitalier est réservé selon les sites aux patients, aux résidents, à leurs accompagnants et visiteurs et à l'ensemble des professionnels y exerçant.

Les voies de desserte et aires de stationnement établies à l'intérieur de l'enceinte des divers établissements du Centre Hospitalier, de leurs dépendances constituent des installations affectées au service public hospitalier. Elles présentent le caractère de dépendances du domaine public, et sont interdites à toute autre personne, sauf autorisation spéciale délivrée par le Directeur du Centre Hospitalier.

Les dispositions du Code de la Route sont rendues applicables dans le but de préserver le bon fonctionnement du service public hospitalier ainsi que la sécurité des personnes et des biens. Ces mesures concernent l'ensemble des aires situées dans l'enceinte du Centre Hospitalier et sur les sites extérieurs.

Quel que soit le véhicule utilisé, les conducteurs sont tenus de respecter les règles d'accès, de circulation et de stationnement et d'éviter les comportements générateurs de bruit ou de dégradation des espaces verts.

L'usage des Engins de Déplacement Personnel Motorisés (EDPM), de type trottinettes électriques, skates, gyroroues, etc., est réservé aux voies de circulation, dans les conditions prévues par le Code de la Route. Leur usage dans les couloirs et locaux du Centre Hospitalier est strictement interdit.

Les accès aux urgences et les voies d'approvisionnement logistique du Centre Hospitalier constituent des flux prioritaires matérialisés. Toute gêne occasionnée sur ces trajets pourra faire l'objet d'une action appropriée par le Directeur Centre Hospitalier, ou son représentant.

L'accès et la sortie des flux logistiques internes et externes se font exclusivement par l'entrée logistique.

Ne sont pas autorisés :

- Les véhicules des riverains et des personnes qui n'ont pas la qualité d'usager du service public hospitalier ;
- L'utilisation des parkings pour faire du caravanning.

Article 186. Les dispositions générales de stationnement et de circulation

Dans l'enceinte de l'établissement, quel qu'en soit le site, la circulation des véhicules est soumise au code de la route. La vitesse maximale autorisée est de vingt kilomètres par heure.

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 en priorité 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 du véhicule 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.

Le Directeur du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de l'ordre, ou à la fourrière ou de faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des biens ou des personnes ou, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

Article 187. La limitation de la responsabilité du Centre Hospitalier en matière de stationnement et de circulation

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.

Chapitre 32 : Les liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la préfecture

Article 188. Les dispositions générales des liens de coopération avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture

Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Il avise l'Officier de Police Judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte d'un patient. D'une manière générale, le Directeur du Centre Hospitalier s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Le Centre Hospitalier s'engage à travailler dans une démarche de coopération accrue avec l'ensemble des institutions publiques du territoire afin d'assurer la sécurité des patients, des résidents, des accompagnants et visiteurs, et de l'ensemble des professionnels intervenant au sein du Centre Hospitalier ; ainsi que la sécurité des biens du Centre Hospitalier et des personnes qu'il accueille.

À ce titre, un recueil des procédures police, hôpital, justice prévoit les modalités de coopération entre ces différentes institutions publiques, dans le respect des règles de chacun. Elle prévoit des procédures à destination des professionnels hospitaliers pour les dossiers nécessitant le recours aux forces de l'ordre et aux autorités judiciaires.

Article 189. Les règles de responsabilité du CHIVA

La mise en œuvre par le Centre Hospitalier de mesures de protection et de surveillance pour éviter la survenue de tout événement préjudiciable à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte du Centre Hospitalier engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Au regard des faits, le Centre Hospitalier assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des professionnels hospitaliers qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur du Centre Hospitalier porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier.

Dans l'hypothèse où un professionnel hospitalier agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur du Centre Hospitalier, en application du Code de Procédure Pénale, peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

Article 190. Les dispositions générales en cas de vol et dégradation

190.1. Les vols ou dégradations au préjudice d'un patient, d'un visiteur ou d'un membre du personnel hospitalier

En cas de vol ou de dégradation, la victime dépose plainte auprès de l'autorité compétente. Une réquisition pourra ensuite être faite par cette autorité pour accéder à la vidéo-protection.

Après avoir informé de leur venue l'administrateur de garde et le médecin chef de service, les forces de l'ordre peuvent se déplacer auprès du patient hospitalisé afin de recevoir sa plainte.

En cas de crime ou de délit flagrant, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant est immédiatement informé et procède à l'isolement de la personne dans un espace adapté en attente de l'arrivée ou des directives des forces de l'ordre.

190.2. Les vols ou dégradations au préjudice du Centre Hospitalier

Tout vol ou dégradation préjudiciable fait l'objet par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, d'un dépôt de plainte.

190.2.1. Les vols de médicaments, de dispositifs médicaux et de produits stupéfiants

Les médicaments et les dispositifs médicaux disponibles dans les services de soins et de consultations sont mis à disposition exclusivement pour les soins des patients.

Tout vol de médicament classé comme stupéfiant, fait l'objet par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, d'une déclaration aux services de Police.

Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, informe l'Agence Régionale de Santé.

190.2.2. Les vols d'ordonnances et de tampons

Toute personne constatant le vol d'ordonnancier et/ou de tampons informe le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant.

Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, informe le Conseil de l'Ordre des médecins et des pharmaciens, l'Agence Régionale de Santé, ainsi que les services de Police aux fins de dépôt de plainte.

Article 191. Les dispositions générales en cas de troubles à l'ordre public

Lorsqu'un patient, un résident, un accompagnant ou un visiteur présente un comportement inadapté et perturbe le bon fonctionnement du service public hospitalier, un professionnel du service de sécurité ou à défaut un représentant de l'administration intervient pour procéder à une médiation et à une dissuasion, afin que la personne concernée retrouve un comportement adapté.

Si le patient, l'accompagnant ou le visiteur présente un comportement inadapté persistant, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant prend, avec l'accord du Médecin Chef de service, ou de son représentant, les mesures appropriées pouvant aller jusqu'à l'expulsion de la personne concernée par les faits. Dans le cas où le

patient, l'accompagnant ou le visiteur refuse de quitter l'établissement ou bien présente un comportement menaçant, une intervention des forces de l'ordre est sollicitée.

L'expulsion d'un patient, d'un accompagnant ou d'un visiteur du Centre Hospitalier s'effectue avec discrétion afin de ne pas compromettre le bon fonctionnement du service, le calme et la tranquillité des autres patients, accompagnants et visiteurs, ainsi que des professionnels hospitaliers.

La procédure d'hospitalisation d'office peut s'appliquer au sein même de l'établissement dans le cas où le patient, l'accompagnant ou le visiteur présente des troubles mentaux compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Textes réglementaires

Article L. 3213-1 du Code de la santé publique

Article 192. Les dispositions générales en cas d'infraction pénale

L'infraction doit avoir été commise au sein de l'enceinte du Centre Hospitalier et mettre en cause soit un professionnel de l'établissement (professionnel permanent ou effectuant des missions de service public hospitalier), soit un tiers à l'établissement.

Il est procédé sans délais à un signalement de suspicion d'infraction pénale auprès du Procureur de la République, s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

La dénonciation supposée suivie d'une mise hors de cause de l'auteur suspecté n'entraîne pas de risque de poursuite pour dénonciation calomnieuse.

Article 193. Les dispositions générales relatives aux armes et substances dangereuses

L'introduction d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques, ou toutes autres substances dangereuses est strictement interdite au sein du Centre Hospitalier.

En cas de découverte d'une arme à feu, d'un objet incendiaire ou explosif ou de toute arme présentant un danger particulier, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, est avisé sans délai de l'incident et de l'identité du patient détenteur.

Sans aucun délais, l'arme à feu ou la substance dangereuse est saisie et est déposée au coffre dédié et une intervention des forces de l'ordre est sollicitée afin que l'arme soit sécurisée et que les vérifications nécessaires soient diligentées concernant la personne détentrice.

De manière générale, une arme de catégorie D (armes tranchantes telles que les couteau, cutters et/ou contondantes telles que les bâtons, matraques, poings américains) est saisie et est déposée dans un coffre dédié. L'arme n'est pas restituée au patient lors de sa sortie. La remise aux forces de l'ordre s'établit dans le respect du secret médical dans la mesure où le nom du patient n'est pas mentionné.

Article 194. La situation de suicide au sein du Centre Hospitalier

Lors du constat d'une situation de suicide au sein du Centre Hospitalier, le corps n'est pas déplacé avant l'arrivée de la police et les lieux sont préservés en l'état de « gel des lieux » ; sauf nécessité de porter immédiatement secours à un malade dont la mort ne serait pas certaine et constatée.

Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant est immédiatement informé de la situation afin de prévenir les forces de l'ordre.

Le médecin chef de service, ou son représentant, rédige un rapport détaillé de la situation et le transmet au Directeur du Centre Hospitalier.

Le Médecin de garde du service, en se conformant aux dispositions de l'article 81 du Code Civil, avise l'Officier de Police Judiciaire territorialement compétent, sans préjudice de la constatation par ses soins d'un obstacle médico-légal à l'inhumation.

Sur un plan pratique, un minimum de personnes pénètre dans la pièce où le suicide a eu lieu. Les personnes concernées restent à la disposition des enquêteurs dès les premières constatations.

S'il s'agit d'une personne détenue, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant informe du décès le Directeur de la Maison d'arrêt.

Article 195. Le patient présente des signes de radicalisation

Lorsqu'un professionnel hospitalier collecte les confidences d'un usager qui a un lien familial ou est proche d'une personne en voie de radicalisation ou radicalisée, il lui conseille de contacter le Centre National d'Assistance de Prévention et de Radicalisation et lui communique les coordonnées.

Lorsqu'un professionnel hospitalier soupçonne qu'un usager ou son accompagnant est dans une situation de radicalisation ou en voie de radicalisation, il informe sans délai le Médecin Chef de service, ou son représentant. Ce dernier, après consultation ou identification de l'accompagnant, procède à une déclaration de la situation au service compétent de la Préfecture de l'Ariège. Si la situation est identifiée comme étant urgente, le Médecin Chef de service, ou son représentant, informe l'administrateur de garde qui réalise sans délais un signalement auprès du Procureur de la République et du service compétent de la Préfecture de l'Ariège.

Article 196. La protection des professionnels hospitaliers

La commission d'infractions au détriment des professionnels hospitaliers ou de l'établissement public appelle une intervention rapide des forces de l'ordre afin de rétablir l'ordre public et de pouvoir procéder immédiatement aux investigations indispensables à l'exercice de poursuites judiciaires.

Les Médecins ainsi que l'ensemble des professionnels hospitaliers sont spécialement protégés par la loi contre les menaces, violences, actes d'intimidation et outrages, non seulement en qualité de personnes exerçant une mission de service public mais désormais en qualité de personnes exerçant une activité médicale.

En cas d'atteintes aux personnes (violences, menaces, outrages, agression, etc.) ou aux biens (dégradations, vols), le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, sollicite sans délai les forces de l'ordre afin de permettre aux enquêteurs dépêchés sur place de procéder à l'interpellation du ou des auteurs des infractions, de recueillir l'identité des témoins et des victimes, voire de procéder à leur audition sur carnet de déclaration dans la mesure du possible, de saisir tout indice éventuel et prendre des clichés en rapport avec l'infraction commise (effraction, dégradations, etc.).

Le professionnel hospitalier victime des faits peut déposer plainte directement auprès des services compétents et informe le Directeur du Centre Hospitalier de cette démarche. Conformément aux dispositions de statut général de la fonction publique, le Directeur du Centre Hospitalier peut faire assister le professionnel hospitalier victime selon la nature et l'importance du préjudice subi.

Si le professionnel hospitalier victime craint pour sa sécurité, il peut demander à déclarer comme domicile l'adresse du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie ou du Centre Hospitalier. Le Procureur de la République autorise une telle domiciliation.

Sous réserve des nécessités de service, le Directeur du Centre Hospitalier facilite la mise à disposition du professionnel hospitalier victime afin que ce dernier dispose du temps nécessaire à son audition auprès des services concernés.

Le Procureur de la République avise le Directeur du Centre Hospitalier du résultat de l'enquête sur les faits commis au préjudice des professionnels hospitaliers exerçant sous sa responsabilité.

Textes réglementaires

Articles 222-8 et suivants, 433-3 et 433-5 du Code pénal

Article 706-57 du Code de procédure pénale

Article 197. Les perquisitions, saisies et réquisition

Le Centre Hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège dispose d'un département de traitement de l'information médicale et d'analyse médico-économique (DIM) dont le secrétariat assure la liaison administrative des perquisitions, saisies et réquisition au sein de l'établissement et des organismes externes.

197.1. La perquisition

La perquisition dans le cabinet d'un médecin (on peut y assimiler les services hospitaliers), qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une enquête ou d'une information judiciaire, ne peut être effectuée que par un Magistrat, juge d'instruction ou Procureur de la République ou selon les cas, en présence d'un des membres du Conseil Départemental de l'ordre des médecins qui le représente.

Toutefois, des perquisitions et saisies ne concernant pas l'état de santé d'un patient, ni son dossier médical (fouille de chambre, de local technique, de véhicule) restent soumises au droit commun et ne réclament pas la présence, ni l'accord d'un médecin ou d'un représentant de l'ordre des médecins.

197.2. La remise volontaire sur réquisition

Pour éviter la publicité et le désagrément d'une perquisition, la saisie d'un dossier médical peut intervenir sur réquisition des Magistrats ou d'un Officier de Police Judiciaire délégué à cette fin cette fois avec l'accord du médecin qui sera expressément recueilli et joint à la procédure. Toutefois, le médecin peut s'y opposer.

En cas de remise volontaire sur réquisition, la présence d'un représentant de l'ordre des médecins n'est pas obligatoire mais pourra être sollicitée par le médecin réquisitionné si cela lui paraît utile.

Il est du devoir des Médecins de faciliter la saisie des dossiers médicaux en procédant eux-mêmes aux recherches nécessaires, hormis les cas de perquisitions, de manière à éviter la divulgation de renseignements étrangers à l'affaire.

Textes réglementaires

Article 77-1-1 du Code de procédure pénale

Arrêté du 5 mars 2004 et l'article R 710-2-2 du Code de la santé publique, issu du Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

L'arrêté du 5 mars 2004 et l'article R. 710-2-2 du Code de la santé publique, issu du Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 énumèrent les documents contenus obligatoirement dans le dossier médical (liste non exhaustive). Les notes personnelles ne sont pas communicables au malade mais font parties intégrantes du dossier médical.

197.3. La saisie d'un dossier médical sur commission rogatoire

Un Officier de Police Judiciaire muni d'une commission rogatoire délivrée par un Juge d'instruction, peut procéder à la saisie d'un dossier médical sous certaines conditions :

- Présence d'un représentant du conseil de l'ordre des médecins (sollicité par les enquêteurs) ;
- Présence du chef de service ou d'un médecin désigné par lui, présence d'un représentant de la direction.

Le dossier est placé sous scellé et un procès-verbal est rédigé par l'Officier de Police Judiciaire et signé par les personnes présentes.

197.4. La réquisition : examens techniques ou scientifiques, certificats médicaux

Dans le cadre d'une enquête pénale, lorsqu'il est nécessaire de procéder à des constatations d'ordre médical ou à des examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être différés (prise de sang, examen de la victime, examen clinique médical, examen psychiatrique, etc.), le Juge d'instruction ou le Procureur de la République ou les Officiers de Police Judiciaire ont recours à toutes personnes qualifiées.

La réquisition doit être écrite et nominative à l'attention du Directeur du Centre Hospitalier.

L'original de la réquisition sera remis ou adressé par voie postale à la personne requise, accompagné le cas échéant d'un mémoire de frais permettant son indemnisation.

Les personnes requises prêtent serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et leur conscience, dans le cas où elles ne sont pas inscrites sur une liste d'experts. Les Médecins et personnes appelées à prêter leur concours ont l'obligation de déférer à ces réquisitions sous peine d'amende.

Le médecin ne peut refuser de répondre à ces réquisitions que dans quatre hypothèses :

- S'il est le médecin traitant de la personne à examiner (article 105 du Code de déontologie médicale) ;
- S'il est parent de cette personne ;
- S'il estime que la personne concernée n'est pas en état de subir l'examen ou le prélèvement demandé ;
- S'il estime ne pas avoir la compétence nécessaire.

Les résultats de l'examen sont communiqués dans les plus brefs délais sous forme de certificat et si nécessaire oralement à l'autorité requérante.

Textes réglementaires

Articles 60 et 77-1 du Code de procédure pénale, article 74 concernant les examens de cadavres et autopsies
Article L 4163-7 du Code de la santé publique et R.642-1 du Code pénal

Article 198. Les témoignages en justice des professionnels du Centre Hospitalier

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec leur activité professionnelle, les professionnels hospitaliers préviennent le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

Sous réserve des nécessités de service, le Directeur du Centre Hospitalier facilite la mise à disposition du professionnel hospitalier témoin afin que ce dernier dispose du temps nécessaire à son audition auprès des services concernés.

Article 199. Le Plan Vigipirate

Le Directeur du Centre Hospitalier est responsable de la déclinaison de la posture Vigipirate. Il l'exécute par voie de prescriptions générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements.

Ces mesures sont destinées à développer une culture de la sécurité, déployer un système de niveaux qui renforce la capacité de réponse du Centre Hospitalier en application du volet santé du plan Vigipirate et à mettre en œuvre des mesures renforçant l'action gouvernementale dans la lutte contre le terrorisme et la radicalisation.

Les mesures particulières sont conformes à l'actualisation semestrielle de la posture Vigipirate déclinée en 3 niveaux.

Ces mesures sont applicables à toutes personnes présentes sur les différents sites du Centre Hospitalier et font l'objet d'une nomenclature spécifique.

Partie 8 : les dispositions relatives au règlement intérieur

Chapitre 33 : La procédure d'adoption du règlement intérieur

Article 200. L'adoption du règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le Directeur du Centre Hospitalier après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT), de la Commission Médicale d'Établissement (CME), du Comité Social d'Établissement (CSE), et du Conseil de Surveillance (CS).

Le règlement intérieur prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date arrêtée par le Directeur du Centre Hospitalier.

Article 201. L'opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier.

Il s'impose à l'ensemble des professionnels hospitaliers, étudiants ou stagiaires intervenant au sein du Centre Hospitalier, ainsi qu'aux usagers du service public (patients, résidents), aux accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs) et à tous les intervenants extérieurs dans le cadre d'une mission ou prestation ponctuelle.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

Textes réglementaires

Articles L. 1112-3, L. 6143-1, R. 6144-1, R. 6144-40 du Code de la santé publique

Article 202. La mise à disposition et la communication du règlement intérieur

202.1. La mise à disposition pour les usagers et les tiers

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne qui le souhaite, laquelle peut le consulter en adressant sa demande à la Direction du Centre Hospitalier.

Le présent règlement intérieur est disponible dans son intégralité sur le site internet du Centre Hospitalier.

202.2. La mise à disposition pour les professionnels exerçant au sein du Centre Hospitalier

Tout professionnel intervenant au sein du Centre Hospitalier est informé à la signature de son contrat de travail ou d'intervention de l'existence du présent règlement intérieur et de son obligation d'application. Tout professionnel est ainsi informé de la mise à disposition de ce présent règlement intérieur dans la base documentaire du site intranet de l'établissement ou sur son site internet.

Chapitre 34 : La modalités de révision et de modification du règlement intérieur

Textes réglementaires

Articles L. 1112-3, L. 6143-1, L. 6143-7, R. 6144-1, R. 61440-40 du Code de la santé publique

Article 203. Modalités de révision du règlement intérieur

Les dispositions du présent règlement intérieur sont susceptibles d'être actualisées et révisées en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires applicables, le règlement intérieur mis à jour sera arrêté par le Directeur du Centre Hospitalier après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT), de la Commission Médicale d'Établissement (CME), du Comité Social d'Établissement (CSE), et du Conseil de Surveillance (CS).

Article 204. Modalités de modification du règlement intérieur

Les modifications à apporter au règlement intérieur du Centre Hospitalier sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

Partie 9 : liste des sigles et acronymes

A

AAC : Analyse Approfondie des Causes

AME : Aide Médicale d'État

AMU : Aide Médicale Urgente

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

C

CAL : Commission de l'Activité Libérale

CASNP : Commission d'Admissions et des Soins Non Programmés

CCG : Commission de Coordination Gériatrique

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation

CCP : Commission Consultative Paritaire

CDTS : Conférence Territoriale de Dialogue Social

CDU : Commission des Usagers

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CHAC : Centre Hospitalier Ariège Couserans

CHIVA : Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège

CHPT : Coordination Hospitalière des Prélèvements de Tissus

CHSL : Centre Hospitalier Saint Louis

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

CLE : Comité Local d'Éthique

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte Contre la Douleur

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMG : Commission Médicale de Groupement

CMU – C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNH : Certification de Non Hospitalisation
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CODIR : Comité de Direction
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COPIL : Comité de Pilotage
COPS : Commission d'Organisation de la Permanence des Soins
COSTRAT : Comité Stratégique
COTEL : Comité Territorial des Élus Locaux
CPP : Centre Périnatal de Proximité
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CS : Conseil de Surveillance
CSE : Comité Social d'Établissement
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Complémentaire Santé Solidarité
CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance
CV : Centre de Vaccination
CVS : Conseil de la Vie Sociale

D

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DIM : Département d'Information Médicale
DPC : Développement Professionnel Continu
DREETS : Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DSI : Direction du Système d'Information
DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

E

EFS : Établissement Français du Sang
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

EPRD : États Prévisionnels des Recettes et des Dépenses

ETP : Équivalent Temps Plein

ESMS : Etablissement ou Service Médico-Social

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

EVP : Epreuve de Vérification des Connaissances

F

F3SCT : Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail

G

GAP : Groupe d'Analyse de Pratiques

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GDR : Gestion Des Risques

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

H

H2O : Hôpitaux Ouest-Occitanie

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPO : Hôpital du Pays d'Olmes

I

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IFMS : Institut de Formation aux Métiers de la Santé

IFSI/IFAS/IFAP : Institut de Formation de Soins Infirmiers – Institut de Formation d'Aides-Soignants -
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture

IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

M

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

P

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement

PCMG : Président de Commission Médicale de Groupement

PSSI : Politique de Sécurité des Systèmes d'Information

R

RCP : Revue de Concertation Pluridisciplinaire

RGPD : Règlement Général relatif à la Protection des Données

RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité

RSSI : Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information

RTT : Récupération du Temps de Travail

S

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgence

SAS : Service d'Accès aux Soins

SDIS : Service Départemental d'incendie et de secours

SI : Système d'Information

SMQ : Système de Management de la Qualité

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SPST : Service de Prévention et de Santé au Travail

U

UAPED : Unité d'accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger

UAV : Unité d'Accueil des Victimes

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UMA : Unité Médicale d'Activités

UMT : Unité Médicotechnique

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

V

VAE : Validation des acquis de l'expérience

Partie 10 : annexes

Documents à consulter dans la GED [Intraqual Doc - Gestion Documentaire -](#)

Annexe 10-1 Charte de Bientraitance

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=CHIVA-6142>

Annexe 10-2 Charte du patient hospitalisé

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=Affiche charte du patient hospitalisé>

Annexe 10-3 Charte Administrateur - Sécurité pour le personnel informatique

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=4605>

Annexe 10-4 Charte informatique

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=4606>

Annexe 10-5 Charte Romain JACOB

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=6104>

Annexe 10-6 Organisation institutionnelle et organigrammes

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=CHIVA-IN-DIR-043>

Annexe 10-7 Règlement de fonctionnement de l'EHPAD

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=CHIVA-IN-PAR-003>

Annexe 10-8 Liste nominative des correspondants pour les vigilances

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=1315>

Annexe 10-9 Plan Blanc

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=1291>

Annexe 10-10 Procédure de gestion des déchets

<https://ght09.qualnet.fr/intraqual/identification.aspx?ref=4157>