



# REGLEMENT INTERIEUR



CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE

03360 AINAY LE CHATEAU



# SOMMAIRE

<b>Chapitre I - Dispositions générales : organisation du Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château .....</b>	<b>6</b>
<b>Section I - Organisation Administrative.....</b>	<b>6</b>
Article 1 : Le Conseil de Surveillance.....	6
Article 2 : Le Directoire.....	7
Article 3 : Le Directeur .....	8
Article 4 : Astreinte Administrative .....	10
Article 5 : La Commission Médicale d'Etablissement (CME).....	11
Article 6 : Le Président de CME.....	13
Article 7 : Le Comité Technique d'Etablissement (CTE).....	14
Article 8 : La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) .....	16
Article 9 : Les organes consultatifs .....	17
a) La Commission Chargée de la Qualité et de la Sécurité des Soins (CCQSS).....	17
b) Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL).....	19
c) Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).....	19
d) La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).....	20
e) Le Comité de Retour d'Expérience (CREX).....	20
f) La Commission de Formation.....	21
<b>Section II - Organisation des Soins.....</b>	<b>22</b>
Article 10 : Le Service Médical.....	22
Article 11 : La coordination des soins dispensée aux patients.....	22
Article 12 : L'Accueil Familial Thérapeutique.....	23
Article 13 : Les Unités Intra-hospitalières.....	30
a) L'Unité d'Accueil.....	30
b) L'Unité de Soins Psychiatriques Prolongés.....	31
c) L'Unité Médicalisée.....	31
Article 14 : L'Ergothérapie.....	31
Article 15 : L'Unité de Soins de Longue Durée.....	32
Article 16 : Le Département d'Information Médicale.....	34
<b>Chapitre II - Dispositions relatives aux patients et à leurs familles : l'accueil, le séjour et la sortie des patients.....</b>	<b>35</b>
<b>Section I - Droits fondamentaux et devoirs des patients hospitalisés et des usagers du système de santé.....</b>	<b>35</b>
Article 17 : Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres.....	35
Article 18 : Information du patient, conservation des informations recueillies, accès aux informations.....	35

Article 19 : Dossier du patient : tenue et communication.....	36
Article 20 : Relations avec les proches et les ayants droits.....	36
Article 21 : Relations avec les médecins traitants.....	37
Article 22 : Traitements informatique de données.....	37
Article 23 : Consentement.....	37
Article 24 : Accord sur les soins.....	37
Article 25 : Personne de confiance.....	38
Article 26 : Soulagement de la douleur.....	38
Article 27 : Dispositions spécifiques aux patients en fin de vie.....	39
a) Directives anticipées.....	39
b) Soulagement de la douleur en fin de vie.....	39
c) Dispositions particulières applicables aux majeurs sous tutelle.....	39
d) Devoirs des patients.....	39

## Section II - Admission dans l'Établissement.....39

Article 28 : Sectorisation et principe du libre choix du patient.....	39
Article 29 : Compétences en matière d'admission.....	40
Article 30 : Compétences du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé .....	40
Article 31 : Admission en urgence.....	40
Article 32 : Admission en urgence, transfert vers un autre établissement.....	40
Article 33 : Information de la famille et des proches.....	41
Article 34 : Refus de soins .....	41
Article 35 : Les formalités administratives d'admission.....	41
Article 36 : Les frais d'hospitalisation.....	41
Article 37 : Personnes usant d'une façon illicite de substances comme stupéfiant .....	42

## Section III - Le séjour hospitalier .....42

Article 38 : Accueil dans l'unité de soins .....	42
Article 39 : Remise du livret d'accueil .....	42
Article 40 : Anonymat .....	42
Article 41 : Dépôts des objets de valeur .....	43
Article 42: Consentement aux soins .....	43
Article 43 : Chambre des patients .....	43
Article 44 : Repas .....	43
Article 45 : Linge des patients hospitalisés .....	44
Article 46 : Visites .....	44
Article 47 : Animaux domestiques.....	44
Article 48 : Alcool et substances illicites.....	44
Article 49 : Patients causant des désordres.....	45
Article 50 : Respect des locaux et des équipements.....	45
Article 51 : Versement d'argent au personnel.....	45
Article 52 : Courrier et téléphone.....	45
Article 53 : Appareils sonores (télévision, radios).....	45
Article 54 : Laïcité du Service Public.....	45
Article 55 : Interdiction de fumer.....	46
Article 56 : Activités thérapeutiques.....	46
Article 57 : Mesures de contention et mise en chambre d'isolement.....	46
Article 58 : Majeurs protégés.....	46

<b>Section IV - La sortie.....</b>	<b>46</b>
Article 59 : Permission de sortie temporaire.....	46
Article 60 : Sortie définitive .....	47
Article 61 : Sortie prématurée.....	47
Article 62 : Décès.....	47
Article 63 : Absence anormale de patients.....	47
Article 64 : Information du médecin traitant.....	47
Article 65 : Questionnaires de sortie ou enquêtes de satisfaction.....	48
Article 66 : Plaintes, réclamations, droit à l'information en cas de dommage médical .....	48
<b>Chapitre III - Dispositions relatives aux personnels.....</b>	<b>48</b>
Préambule.....	48
<b>Section I - Le comportement au travail du salarié.....</b>	<b>48</b>
Article 67 : L'exécution des instructions reçues.....	48
Article 68 : Le comportement avec les familles.....	49
Article 69 : Le comportement avec le patient.....	49
Article 70 : Les interdictions particulières.....	49
Article 71 : Les obligations particulières.....	50
Article 72 : La qualité de la tenue de service, hygiène et sécurité des soignants.....	50
Article 73 : Assiduité et absence de l'agent.....	51
Article 74 : Permis de conduire.....	51
Article 75 : L'économie.....	51
Article 76 : Danger grave et imminent et droit de retrait.....	51
Article 77 : Harcèlement.....	52
Article 78 : Le pouvoir disciplinaire.....	52
Article 79 : Utilisation du système d'information.....	52
<b>Section II - Qualité et Gestion des Risques.....</b>	<b>53</b>
Article 80 : Démarche qualité.....	53
Article 81 : Démarches de certification.....	53
Article 82 : Démarches de gestion des risques.....	54
Article 83 : Les outils de gestion des risques.....	55
Article 84 : Démarche participative.....	55
<b>Section III - Sécurité générale.....</b>	<b>55</b>
Article 85 : Obligations générales de sécurité.....	55
Article 86 : Finalité et portée des règles de sécurité.....	56
Article 87 : Instructions en matière d'hygiène et de sécurité.....	56
Article 88 : Rétablissement de conditions de travail sûres.....	56
Article 89 : Mise à disposition et port des équipements de protection.....	57
Article 90 : Circonstances exceptionnelles.....	57
Article 91 : Plan blanc.....	57
Article 92 : Plan de pandémie.....	57

❖ <b>Responsabilité et sécurité - Dispositions particulières.....</b>	<b>58</b>
Article 93 : Règles de responsabilité.....	58
Article 94 : Hygiène et salubrité des bâtiments.....	58
❖ <b>Sécurité incendie et risques techniques - Dispositions spécifiques.....</b>	<b>58</b>
Article 95 : Sécurité incendie.....	58
Article 96 : Sécurité des fluides.....	58
Article 97 : Interdiction de fumer.....	59
Article 98 : Continuité de service.....	59
❖ <b>Circulation et stationnement des automobiles au sein de l'établissement .....</b>	<b>59</b>
Article 99 : Nature de la voirie hospitalière.....	59
Article 100 : Réglementation de l'accès.....	59
Article 101 : Signalisations et sanctions.....	60
Article 102 : Contrôle d'accès - Dispositions générales.....	60
Article 103 : Accès du personnel - Dispositions particulières.....	60
Article 104 : Accès des entreprises extérieures - Dispositions particulières.....	60
Article 105 : Rapports avec l'autorité judiciaire.....	61
Article 106 : Rapports avec les autorités de police ou de gendarmerie.....	61

## **Chapitre IV - Dispositions relatives au règlement intérieur ..... 61**

Article 107 : Approbation du règlement intérieur.....	61
Article 108 : Mise à disposition du règlement intérieur.....	61
Article 109 : Mise à jour du règlement intérieur.....	61

# Chapitre I - Dispositions générales : organisation du Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château

## Section I - Organisation administrative

### Article 1 : Le Conseil de Surveillance

#### Composition

Le conseil de surveillance du CHS comprend 14 membres, répartis en trois collèges :

« 1° Le collège des élus parmi lequel figure le maire de la commune siège de l'établissement ou son représentant

« 2° Le collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux (un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques CSIRMT, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la CME et par les organisations syndicales les plus représentatives.) »

« 3° Le collège des personnalités qualifiées »

Le Conseil de Surveillance élit son Président parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées.

La composition nominative du Conseil de Surveillance est arrêtée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Auvergne.

#### Compétences

- a) La compétence générale : se prononcer sur la stratégie et exercer le contrôle permanent sur la gestion.
- b) La compétence décisionnelle :
  - Le projet d'établissement
  - La convention constitutive des CHU
  - Le compte financier et l'affectation des résultats
  - Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
  - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur
  - Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance, et toute convention à laquelle l'une des ces personnes est indirectement intéressée ou dans laquelle elle traite avec l'établissement par personne interposée
  - Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
  - Le Conseil de Surveillance approuve également la désignation de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dont l'établissement est membre.
- c) La compétence consultative :

Le Conseil de Surveillance émet un avis sur :

  - La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
  - Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat
  - Le règlement intérieur de l'établissement
  - La convention de communauté hospitalière de territoire, qui ne comporte pas les CHU

### **Fonctionnement**

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son Président ou à la demande du tiers de ses membres

## **Article 2 : Le Directoire**

### **Composition**

Les membres de droit

- Le Directeur qui préside le Directoire
- Le Président de la CME, qui est vice-président du directoire
- Le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Les membres nommés

- Le directeur, président du directoire, nomme les membres du Directoire après information du Conseil de Surveillance. Les membres nommés sont au nombre de quatre, dont le directeur adjoint.  
Le président du Directoire nomme les membres du Directoire qui appartiennent aux professions médicales sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la CME, vice-président du Directoire.

### **Compétences**

- a) Le Directoire prépare le projet d'établissement
- b) Le Directoire conseille le Directeur
- c) Le Directoire est obligatoirement concerté avant que le Directeur :
  - 1°- conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
  - 2°- décide, conjointement, avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
  - 3°- arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement
  - 4°- détermine le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux
  - 5°- fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations, et le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales
  - 6°- arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance
  - 7°- arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité
  - 8°- propose au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et aux autres professionnels et établissements de santé la constitution ou la participation à une action de coopération
  - 9°- conclut les acquisitions, aliénations, échange d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix huit ans
  - 10°- conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location
  - 11°- soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement
  - 12°- conclut les délégations de service public
  - 13°- arrête le règlement intérieur
  - 14°- décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales
  - 15°- présente à l'ARS le plan de redressement
- d) le Directoire approuve le projet médical



### **Fonctionnement**

La durée du mandat des membres nommés est de quatre ans

Le Directeur organise les travaux du Directoire. Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur ordre du jour déterminé. La concertation a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par le Président du Directoire.

### **Article 3 : Le Directeur**

#### **Nomination**

Le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) d'Ainay le Château est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion (CNG), sur proposition du Directeur Général de l'ARS et après avis du Président du Conseil de Surveillance.

#### **Compétences**

- a) Le Directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement
- il assure la conduite de la politique générale de l'établissement
  - il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile
  - il agit en justice au nom de l'établissement
  - il assure son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art
  - il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement
  - il peut déléguer sa signature
  - il possède le pouvoir de transiger
  - il participe aux séances du Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations
- b) Le Directeur dispose de compétences de gestion après concertation du directoire  
Après concertation avec le directoire, le directeur, président du directoire, décide dans le domaine de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale (art. L. 6143-7 du CSP).

*En ce qui concerne la stratégie de l'établissement :*

- il conclut le CPOM avec le directeur général de l'ARS (1°)
- il arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après l'avis du président de la CME (7°)
- il signe les contrats de pôle d'activité avec le chef de pôle après l'avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet médical (7°)
- il propose au directeur général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération (8°)
- il soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement (11°)
- il arrête le règlement intérieur (13°)

*En ce qui concerne la politique qualité :*

Il décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (2°)

*En ce qui concerne les finances de l'établissement :*

- il détermine le programme d'investissement après l'avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux (4°)
- il fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales (5°)
- il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance (6°)
- il présente à l'ARS le plan de redressement (15°)

*En ce qui concerne la gestion du patrimoine :*

- il conclut les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans (9°)
- il conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location et les délégations de service public (10°)

*En ce qui concerne la politique sociale :*

- il arrête le bilan social (3°)
- il définit les modalités d'une politique d'intéressement (3°)
- il décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales (14°)

- c) Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat de professionnels libéraux

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

*En ce qui concerne les membres nommés du directoire*

A l'exception des membres de droit, il nomme les membres du directoire, après information du conseil de surveillance.

Pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de proposition établie par le président de la CME. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

Il peut mettre fin à leurs fonctions (à l'exception des membres de droit : vice-présidents et président de la commission de soins infirmiers) après information du conseil de surveillance.

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

Il nomme les responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles sur proposition du président de la CME, et selon les modalités fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

Il peut mettre fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service, de sa propre initiative ou sur proposition du président de la CME.

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

Le directeur propose au directeur général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur proposition du chef de pôle, ou à défaut du responsable de la structure interne et après avis du président de la CME. L'avis du président de la CME est communiqué au directeur général du CNG.

Il propose également au directeur général du Centre National de Gestion la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire émet un avis.

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

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

Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement qui ne relèvent pas de la compétence du Conseil de surveillance.

Le Directeur assure la conduite générale de l'établissement. A ce titre, il assure l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recette. Il est en outre le représentant légal de l'établissement.

Le Directeur exerce son autorité sur l'ensemble des personnels, dans le respect de la déontologie médicale, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le Directeur tient le Conseil de Surveillance informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.

Le Directeur est assisté d'une équipe de direction et peut déléguer sa signature dans le respect de la réglementation.

### **Article 4 : Astreinte administrative**

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente d'une autorité responsable, le directeur organise, avec des cadres, un service d'astreinte administrative.

Les personnes participant à l'astreinte administrative sont :

- Le Chef d'établissement
- Le Directeur adjoint
- Le Directeur des soins
- Les Attachés d'administration et faisant fonction
- Les Cadres supérieurs de santé

L'astreinte administrative couvre les périodes suivantes :

- en semaine, de 17 heures à 8 heures le lendemain et de 12 heures à 13 heures
- du vendredi, ou veille de jour férié, à 17 heures, au lundi, ou lendemain de férié, 8 heures

Lorsqu'elles sont d'astreinte administrative, les personnes visées ci-dessus sont habilitées à prendre toute mesure conservatoire ou de sécurité ou toute décision exigée par la situation pour l'application de la Loi, les intérêts du service public, et la continuité de la prise en charge des patients et le fonctionnement du C.H.S. Elles sont habilitées à saisir les autorités de police ou de gendarmerie conformément à l'article 108 du présent règlement intérieur.

Conformément à l'instruction DGOS du 9 mai 2011, le CHSI est inscrit dans l'annuaire fonctionnel des établissements de santé. A ce titre la personne d'astreinte administrative est chargée de relever le courrier électronique avec un délai maximum de 12 heures tous les jours.

Un tableau mensuel, signé du Chef d'établissement, organise l'astreinte administrative. Il est notifié aux intéressés et est affiché dans tous les services de l'établissement.

## **Article 5 : La Commission Médicale d'Établissement**

### **Composition**

La composition de la CME qui comprend des membres de droit et des membres élus sera fixée par le règlement intérieur de chaque établissement (art. R6144-3-2 CSP).

Dorénavant, chaque établissement, qu'il soit centre hospitalier ou centre hospitalier universitaire, déterminera dans son règlement intérieur la répartition et le nombre des sièges de la CME.

Ils devront assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

Toutefois, cette liberté doit respecter quelques règles, différentes selon que l'établissement est centre hospitalier ou centre hospitalier universitaire.

### **La composition de la CME des centres hospitaliers (art. R6144-3 du CSP)**

L'ensemble des chefs de pôle cliniques et médico-techniques sont membres de droit de la CME.

Des membres élus assurent la représentation :

- des responsables de structures internes, des services ou unités fonctionnelles
- des praticiens titulaires de l'établissement
- des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral

Une représentation 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 et un représentant pour les internes en odontologie est assurée. Ils sont désignés tous les six mois à chaque début de stage par le directeur général de l'ARS après avis des organisations consultatives.

En outre, sont membres de la CME, avec voix consultative :

- le président du directoire ou son représentant, qui peuvent se faire assister de toute personne de leur choix
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- le praticien responsable de l'information médicale
- le représentant du CTE élu en son sein
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène

### **Elections et constitution de la CME**

L'organisation des élections incombe au directeur de l'établissement qui proclame les résultats et arrête la liste des membres de la CME.

Les membres élus de la CME le sont pour chaque catégorie de représentants au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Pour chaque siège attribué, il est prévu un suppléant afin de remplacer le titulaire qui, en cours de mandat, démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou discipline qu'il représente.

### **Mandat**

Le mandat est de 4 ans. Il est renouvelable.

### **Président et vice-président de la CME**

Dans les centres hospitaliers, le président et le vice-président sont élus parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

La fonction de président de CME est incompatible avec la fonction de chef de pôle.

### **Fonctionnement**

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Dans ces conditions, la CME définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur.

### **Compétences**

a) A titre principal, la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

L'article L.6144-1 du CSP précise que la CME, dans chaque établissement de santé, contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

A ce titre, la CME propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Le décret du 30 avril 2010 précise, en cette matière, les compétences de la CME.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en ce qui concerne notamment (art. R. 6144-2 CSP) :

- 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 liées à l'activité de l'établissement
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- la prise en charge de la douleur
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, à savoir (art. R. 6144-2-1 du CSP) :

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
- l'évaluation de la prise en charge des patients (en particulier, en ce qui concerne les urgences et les admissions non programmées)
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
- le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité
- l'organisation des parcours de soins

En conséquence, la CME (art. R. 6144-2-2 du CSP) propose au directeur le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers :

- ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le CPOM. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi

La CRUQPC et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La CME élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à disposition du directeur général de l'ARS.

La CME demeure une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée.

La CME est consultée sur :

- le projet médical de l'établissement
- le projet d'établissement
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- le règlement intérieur de l'établissement
- les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux
- les statuts des fondations hospitalières
- le plan de développement professionnel continu (en ce qui concerne les professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques)
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social

La CME est informée sur :

- l'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats
- le CPOM
- le rapport annuel d'activité de l'établissement
- les contrats de pôles
- le bilan annuel des tableaux de service
- la politique de recrutement des emplois médicaux
- l'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- l'organisation interne de l'établissement
- la programmation de travaux et les aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

### **Article 6 : Le président de la Commission Médicale d'Etablissement**

Le président de la CME

- est vice-président du directoire
- coordonne la politique médicale de l'établissement
- élabore, avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement
- participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative
- propose au directeur les listes des candidats en vue de la nomination dans les fonctions de chefs de pôle
- émet des avis :
  - sur le nomination et le mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cet avis est communiqué au directeur général du CNG chargé de ces nominations sur proposition du président du directoire
  - avant la signature des contrats de pôle pour vérifier, en ce qui concerne les pôles d'activité clinique et médico-technique, la cohérence du contrat avec le projet médical
  - sur l'admission par contrats, par le directeur, sur proposition du chef de pôle, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires de l'établissement

Le président de la CME est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le directeur et sous réserve des attributions de la CME

A ce titre :

- il peut organiser des évaluations internes
- il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité (résultant des inspections et de la certification)
- il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME

Le président de la CME élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM

- il en assure le suivi de la mise en œuvre
- il en dresse le bilan annuel

Le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement. A ce titre :

- il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques
- il veille à la coordination de la prise en charge du patient
- il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique
- il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu
- il présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement

La fonction est comptabilisée dans les obligations de service. Elle est indemnisée. Le président de la CME dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions. Une formation lui est proposée à l'occasion de sa prise de fonction et, à sa demande, à l'issue de son mandat en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

## **Article 7 : Le Comité Technique d'Établissement**

### **Composition**

Le Comité Technique d'Établissement comprend 8 membres représentant le personnel non médical. Sont électeurs les fonctionnaires titulaires et stagiaires, les contractuels de droit public, ainsi que les contractuels de droit privé.

Ils sont élus par collège, sur des listes élaborées par les syndicats représentatifs.

Le nombre global de siège est fixé en fonction de la taille de l'établissement. (8 sièges pour un établissement dont l'effectif est compris entre 300 et 499 agents) :

- 1<sup>er</sup> collège : représentants des agents de catégorie A,
- 2<sup>ème</sup> collège : représentants des agents de catégorie B,
- 3<sup>ème</sup> collège : représentants des agents de catégorie C.

Il comporte un nombre égal de suppléants.

La durée du mandat des membres du Comité technique d'Établissement est de 4 ans.

Un représentant de la Commission Médicale d'Établissement siège au CTE avec voix consultative.

Le Comité technique d'établissement est présidé par le directeur ou son représentant.

### **Compétences**

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1° Les projets de délibération concernant :

- ° Le projet d'établissement;
- ° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- ° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- ° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- ° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- ° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

- ° Sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé
  - ° Sur l'organisation interne de l'établissement
- 2° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
  - 3° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
  - 4° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
  - 5° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
  - 6° 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 ;
  - 7° Le règlement intérieur de l'établissement.

### **Fonctionnement**

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

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

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

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

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

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

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

Le président du comité, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire.

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

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

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel, membres du comité, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité.

Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.



Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

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

### **Composition**

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le présent règlement intérieur détermine le nombre de représentants pour chacun des trois collèges :

- Collège des cadres de santé : deux titulaires, deux suppléants
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :
  - ✓ cinq titulaires, cinq suppléants
- Collège des aides-soignants : un titulaire, un suppléant

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 au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

De surcroît, toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres

### **Président**

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

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

### **Mandat**

La durée des membres élus de la commission est de quatre ans. Il est renouvelable.

### **Compétences**

La CSIRMT est à la fois consultée pour avis et informée, comme le précise l'article 1 du décret du 30 avril 2010.

Elle est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins (1°)
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des patients (2°)
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liée aux soins (3°)
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers (4°)
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (5°)
- la politique de développement professionnel continu (6°)

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement (1°)
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux) (2°)
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement (3°)

### **Fonctionnement**

La commission se réunit au moins trois fois par an. 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.

### **Article 9 : Les organes consultatifs spécialisés**

#### a) La Commission Chargée de la Qualité et à la Sécurité des Soins (C.C.Q.S.S.)

La Commission Chargée de la Qualité et de la Sécurité des Soins est une sous-commission de la CME (Commission médicale d'Etablissement)

### **Composition**

#### Des membres avec voix délibérative

##### ***Un collège de membres de droit :***

- Le Directeur de l'Etablissement ou son représentant
- Le Directeur Adjoint de l'Etablissement
- Le Président de la C.M.E. ou son représentant

##### ***Un collège d'experts (désignés) :***

- Des référents par matière et des praticiens, désignés par la Commission Médicale d'Etablissement, pour siéger, notamment, dans les sous commissions visées ci-dessous.
- Le Directeur des Soins, président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (C.S.I.R.M.T.)
- Un représentant de la C.S.I.R.M.T. désigné par cette instance
- Un représentant du Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.) désigné par cette instance
- Un représentant du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.) désigné par cette instance

#### Des membres avec voix consultative

- Le représentant des usagers (membre de la C.R.U.Q.) siégeant au Conseil de Surveillance
- A la demande de son président, toutes personnes dont l'audition serait utile à l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour de la formation plénière de la CCQSS.

#### Des invités permanents

- Le Qualiticien responsable de l'Assurance de Qualité du C.H.S.
- Le responsable de la coordination des vigilances (Direction de la Politique Médicale) s'il existe.
- Une secrétaire de la commission.

### Invités en fonction des dossiers traités

- Le responsable des services économiques
- Le responsable technique

### Composition des sous-commissions

#### **+ LIN (Lutte contre les Infections Nosocomiales)**

- Un médecin, ou son représentant (réfèrent du groupe LIN)
- Le pharmacien ou son représentant
- Un réfèrent hygiène ou son représentant

#### **+ MAI (Médicament Anti Infectieux)**

- Un médecin, ou son représentant (réfèrent du groupe MAI)
- Le pharmacien
- Un réfèrent hygiène ou son représentant

#### **+ LUD (Lutte contre la Douleur)**

- Un médecin, ou son représentant (réfèrent du groupe LUD)
- Le Directeur des soins, réfèrent du groupe LUD
- Une infirmière
- Le Cadre de santé

#### **+ MEDIMS (Médicaments et Dispositifs Médicaux Stériles)**

- Un médecin, ou son représentant
- Le Pharmacien, réfèrent du groupe MEDIMS
- Un préparateur en pharmacie

#### **+ LAN (Liaison Alimentation et Nutrition)**

- Un médecin, ou son représentant (réfèrent du groupe LAN)
- Le diététicien
- Le responsable du service restauration
- Un réfèrent hygiène ou son représentant

#### **+ GDR (Gestion des Risques)**

- Un médecin
- Le pharmacien
- Le responsable des services logistiques
- Le Directeur des soins
- Un cadre supérieur de santé
- Un qualitatifien

### Compétences

Elle est chargée à ce titre de :

- Fixer les grandes orientations de ses activités dans des plans d'action par groupe de matière
- Fixer les principes d'organisation et de fonctionnement des groupes matière, avec désignation d'un réfèrent par domaine d'activité qui est chargé d'assurer l'animation de ces groupes
- Elaborer un rapport annuel qu'elle transmet à la commission médicale d'établissement (C.M.E.),

Au titre de son activité, elle aborde les matières suivantes :

- Lutte contre les Infections Nosocomiales (L.I.N.)
- Liaison Alimentation et Nutrition (L.A.N.)

- Politique du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (M.D.M.S.)
- Lutte contre la Douleur (L.U.D.)
- Médicaments Antibiotiques / Anti-infectieux (M.A.I.)
- Gestion des risques (GDR)

### **Fonctionnement**

Le secrétariat de la Commission est à la diligence de la Direction.

La C.C.Q.S.S. se réunit au moins une fois par trimestre et tant que de besoin, à la demande de son président, de la majorité de ses membres, d'un référent de l'un des groupes techniques. Elle peut être saisie par la Commission Médicale d'Etablissement de toute question relative à la qualité et la sécurité des soins.

L'ordre du jour est établi par le Président de la C.C.Q.S.S.

Sauf urgence, huit jours avant la séance, une convocation informant du lieu, de la date, des horaires et de l'ordre du jour, est adressée à chaque membre de la commission.

La Commission Chargée de contribuer à la Qualité et à la Sécurité des Soins (C.C.Q.S.S.) participe à la mise en application de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, cette dernière étant élaborée par la CME en relation avec la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT).

#### b) Les Commissions Administratives Paritaires Locales (C. A. P. L.)

Elles sont instituées par l'assemblée délibérante et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'Établissement.

Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de neuf commissions administratives paritaires distinctes :

- trois commissions pour les corps de catégorie A ;
- trois commissions pour les corps de catégorie B ;
- trois commissions pour les corps de catégorie C.

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

Les Commissions Administratives Paritaires Locales comprennent en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil d'Administration, d'autre part des représentants élus par le personnel.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes pour toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, les sanctions disciplinaires, l'avancement et la notation des agents hospitaliers non médicaux.

#### c) Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C. H. S. C. T.)

Ce comité est composé de 6 représentants du personnel hospitalier non médical et d'un médecin désigné par la Commission Médicale d'Établissement.

La liste nominative des membres est affichée dans les locaux affectés au travail.

Le C.H.S.C.T. a pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'Établissement ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Il analyse les conditions de travail et les risques professionnels exposant les salariés de l'Établissement. Il contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels et peut proposer, à cet effet, des actions de prévention. Il arrête un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Il est consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail.

Dans le cadre de ses missions, il peut procéder à des inspections régulières, réaliser des études et effectuer des enquêtes.

Le C.H.S.C.T. se réunit au moins une fois par trimestre. Des séances exceptionnelles peuvent avoir lieu en cas d'accident grave ou à la demande motivée de 2 membres représentants du personnel.

Un procès-verbal est établi après chaque réunion. Il est approuvé lors de la séance suivante. Les procès-verbaux des réunions sont conservés dans l'Établissement.

d) La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (C.R.U.Q.P.C.)

La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge est composée comme suit :

- Le Directeur en tant que président de la Commission
- Un médiateur médecin et son suppléant
- Un médiateur non médecin et son suppléant
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants
- Le responsable de la politique qualité dans l'établissement, qui assiste aux séances avec voix consultative.

Elle assure le traitement des plaintes et réclamations adressées par les patients et contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches

La Commission se réunit une fois par trimestre sur convocation de son président et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et des réclamations.

La durée du mandat des médiateurs et des usagers est de trois ans renouvelables. Le mandat des autres membres prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquelles les intéressés ont été désignés.

e) Le Comité de Retour d'Expérience (C. R. E. X.)

Un Comité de Retour d'EXpérience (CREX) est créé, en complémentarité de la sous-commission de la Gestion Des Risques (GDR), intégrée dans la Commission Chargée de la Qualité et de la Sécurité des Soins (CCQSS)

**Missions**

Le comité est chargé :

- d'analyser des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse (arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé)
- de planifier des actions nécessaires pour en améliorer la sécurité (arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé)
- lors de la survenue d'un événement indésirable particulier, de faire l'analyse dudit événement
- de mettre en place des actions correctives et préventives suite à cet événement indésirable particulier
- d'élaborer un bilan annuel de son activité, incorporé au rapport de gestion soumis au Directoire et au Conseil de surveillance
- de transmettre ce bilan annuel à la Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)

### **Composition**

La composition du CREX du C.H.S.I fixée par le présent règlement intérieur et comprend :

#### ***Des membres de droit***

- Le Directeur
- Le Directeur Adjoint
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- Le Directeur des soins
- Le pharmacien
- Le secrétaire du CHSCT
- Un représentant du CTE
- Un cadre supérieur de santé
- Le Président de la CCQSS
- Un médecin désigné par la CME
- Le qualicien

#### ***Des membres invités***

Le comité se réserve la possibilité d'inviter certains membres ou experts en fonction des dossiers traités

Le Président de la CREX est de droit le Directeur de l'établissement.

En son absence il désigne un des membres pour remplir cette mission au sein de la CREX.

#### f) La Commission de Formation

La Commission de Formation est une sous-commission du Comité Technique d'Etablissement.

Son objet est de proposer et d'élaborer un plan de formation.

Elle ne substitue en rien à l'avis réglementaire qui doit être prononcé par le Comité Technique d'Etablissement.

### **Composition :**

- Le Directeur, Président de la Commission
- Le Directeur Adjoint
- Le Directeur des Soins
- L'Attaché d'Administration Hospitalière chargé des Ressources Humaines
- L'Attaché d'Administration Hospitalière chargé des Services Economiques
- L'Attaché d'Administration Hospitalière chargé des Services Financiers
- 10 membres représentants les organisations syndicales. Les sièges sont répartis au prorata des résultats obtenus par chaque organisation au Comité Technique d'Etablissement

## Section II - Organisation des soins

### **Article 10 : Le Service médical**

#### **Les règles déontologiques et éthiques de la profession médicale**

L'ensemble des praticiens du Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château est soumis au code de déontologie médicale (1) qui détermine les devoirs généraux des médecins, leurs devoirs envers les patients ainsi que leurs rapports entre eux et avec les autres professions de santé

#### **Le secteur psychiatrique**

Le Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château est spécialisé en santé mentale.

Comme tous les départements en France, le département de l'Allier est découpé en secteurs psychiatriques afin d'offrir aux usagers des prises en charge (*soins, diagnostic, réinsertion, prévention*) au plus près de leur domicile.

Chaque secteur assure la prise en charge d'une zone géographique donnée.

Le Centre hospitalier gère 1 secteur de psychiatrie adulte. (03 G 07)

#### **L'organisation médicale**

L'organisation médicale est portée à la connaissance des agents par la parution d'une note d'information. Cette dernière mentionne notamment les responsabilités médicales des différents secteurs ; psychiatrique et somatique. Cette note d'information pourra être mise à jour par décision conjointe du directeur et du président de la CME.

#### **La permanence des soins**

La permanence des soins est assurée par un système d'astreinte opérationnelle dans le domaine somatique et la spécialité psychiatrique. Elle est complétée par une astreinte de pharmacie.

Le tableau de la permanence des soins et de pharmacie est mensuellement signé par le directeur et transmis pour affichage dans les services.

#### **Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins**

Conformément à l'arrêté du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre événements indésirables associés aux soins, un coordonnateur a été nommé par le Directoire de l'établissement. L'information a été portée à la connaissance des personnels par note d'information.

#### **Désignation d'un professionnel de santé senior dans le cadre de l'information du patient en cas de dommage lié aux soins**

Un praticien sénior a été désigné, en Directoire, afin de délivrer l'information au patient victime ou s'estimant victime d'un dommage lié aux soins. Une nouvelle nomination ne pourra intervenir que sous la même forme.

### **Article 11 : La Coordination des Soins dispensés aux patients**

#### **Le Service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique**

Il regroupe, au sein de l'établissement l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins et des accompagnements (personnel éducatif).

Il est dirigé par un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques coordonnateur général des soins, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur général du Centre national de gestion.

Les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé coordonnent, au sein des services ou du service dont ils ont la charge, sous l'autorité du directeur du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, l'organisation et la mise en œuvre des soins. Ils en assurent l'animation et la gestion.

Ils participent également à l'encadrement et à la gestion des personnels infirmiers, médico-techniques, de rééducation, éducatifs, d'animation.

Les personnels sont répartis en 4 filières :

- filière infirmière : infirmiers, puéricultrices, aides-soignants et ASHQ
- filière de rééducation : ergothérapeutes, masseur kinésithérapeutes et diététiciennes.
- filière médico-technique : techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie hospitalière
- filière éducative : moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, aide médico-psychologiques.

### **Les Assistants de service social**

Ils favorisent le maintien ou l'accès aux droits sociaux et participent à la résolution des difficultés administratives ou juridiques.

Ils aident à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ils préparent, en collaboration avec les autres intervenants, le maintien ou le retour à domicile. Ils organisent l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière.

### **Les psychologues**

Ils conçoivent, élaborent et mettent en œuvre des actions préventives et curatives à travers la conduite d'entretiens individuels ou collectifs. Ils prennent en compte la vie psychiatrique des individus et des groupes afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

## **Article 12 : L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)**

L'accueil familial thérapeutique est organisé conformément aux dispositions prévues par la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989, les décrets n° 90-503 et 90-504 du 22 juin 1990, n° 91-88 du 23 janvier 1991, de l'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990 et de la circulaire ministérielle n° DH/JB/91/72 du 27 décembre 1991.

L'accueil familial thérapeutique vise à favoriser la réadaptation et la réinsertion. Il associe prise en charge au sein d'une famille et prise en charge institutionnelle. Il offre à des patients ne pouvant vivre seul, mais ne justifiant pas pour autant de soins en milieu fermé, une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles, d'autonomie et de resocialisation.

Ce service d'accueil familial thérapeutique assure le traitement de patients adultes, qui gardent le statut d'hospitalisé. Seule l'hospitalisation libre permet ce type de soins.

Ce service s'adresse en priorité dans l'ordre suivant :

- aux personnes de l'arrondissement de Montluçon
- aux personnes résidant dans d'autres arrondissements du département de l'Allier
- aux personnes résidant dans la région Auvergne
- aux personnes résidant dans tous les autres départements

Un protocole spécifique définit les étapes du processus d'admission en AFT. Ce protocole comporte notamment une visite préalable puis une période d'admission en unité d'accueil. Un praticien désigné par la Commission Médicale d'Etablissement est chargé de coordonner les admissions.

Les différents lits de l'AFT sont répartis géographiquement et sont regroupés par « Antenne », lieux de relais de l'établissement. Les personnes sont réputées hospitalisées et à ce titre bénéficient des mêmes droits que les personnes hospitalisées dans une unité intra hospitalière.



## CONDITIONS DE RECRUTEMENT ET D'AGRÉMENT DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX THERAPEUTIQUES.

### **1 - Aire géographique d'implantation des lieux d'accueil thérapeutique**

Les lieux d'accueil thérapeutiques sont implantés dans les zones des départements de l'Allier et du Cher définies par la Commission ordinaire d'agrément de l'établissement.

### **2 - Recrutement**

Peuvent, seules, recevoir des patients du C.H.S. d'Ainay-le-Château en hospitalisation à leur domicile, suivant la formule de l'accueil familial thérapeutique, les personnes agréées à cet effet et ayant signé un contrat d'accueil avec l'établissement.

### **3 - Examen des candidatures**

Le Directeur fait procéder à diverses enquêtes en vue de l'agrément dont obligatoirement :

- un entretien avec le psychiatre concerné,
- des entretiens avec le cadre de santé de la zone géographique concernée et le cadre supérieur de santé,
- une enquête sociale par un(e) assistant(e) social(e) de l'établissement,
- un entretien psychologique par un(e) psychologue de l'établissement,
- un relevé des locaux existants ou futurs par le service familles d'accueil
- un entretien avec le Directeur des soins.

Le dossier de candidature est ensuite transmis à la Commission d'agrément ordinaire. Elle se prononce sur :

- les conclusions orales et motivées des médecins, cadres de santé supérieurs, cadres de santé, assistantes sociales et psychologues, comprenant notamment un avis sur les potentialités du candidat.
- les plans des locaux existants ou à construire, et sur les conditions d'hébergement proposés.

### **4 - Dossier de l'accueillant familial thérapeutique**

#### 4-1 Dossier administratif :

Ce dossier est créé et tenu à jour par le service administratif chargé de la gestion des A.F.T., responsable de sa confidentialité. Il fait seul, foi en tant que dossier individuel du salarié détenu par l'employeur.

Il comporte :

- une fiche de renseignements,
- une photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité
- une photo d'identité récente,
- un extrait n°3 du casier judiciaire de la personne responsable de l'accueil à remettre lors de la candidature,
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- une copie de la carte de séjour ou de la carte de résident pour les étrangers résidant en France,
- l'attestation d'assurance responsabilité civile prévue par la réglementation,
- un exemplaire du contrat d'accueil,
- l'accueillant familial Thérapeutique doit être autonome en matière de déplacement et disposer du permis de conduire valide et d'un véhicule.

Toute modification dans la situation personnelle de l'accueillant familial thérapeutique doit être immédiatement déclarée par celui-ci au service chargé de la gestion administrative des accueillants familiaux thérapeutiques qui en avisera la Direction et le service soignant référent.

#### 4-2 Dossier médical :

Le médecin du travail :

- assure une visite médicale d'embauche
- établit un dossier médical et une fiche médicale d'aptitude.
  - demande des comptes-rendus radiologiques et l'état des vaccinations.
  - prescrit tout examen complémentaire qu'il estime nécessaire
  - assure les visites de reprise.

### **5 - Contrat d'accueil**

Le contrat d'accueil est signé par le Directeur de l'Établissement gestionnaire du service d'accueil familial et la personne responsable de l'accueil dénommée accueillant familial thérapeutique (A.F.T).

Lors de l'accueil de chaque nouveau patient, une annexe au contrat rédigée par le médecin indique le contenu du projet thérapeutique retenu et toutes dispositions particulières qu'il induit.

Le contrat d'accueil constitue un tout indissociable étant conclu avec un service public hospitalier, personne morale de droit public, il conduit l'accueillant familial thérapeutique à participer à l'exécution du service public. En conséquence tout litige ou contentieux relatif à son application relève de la compétence du Tribunal Administratif de Clermont-Ferrand.

### **6 - La Commission Ordinaire : La Commission d'Agrément**

#### 1-1 Composition :

Celle-ci comprend :

- le Directeur ou son représentant, Président,
- le Directeur Adjoint
- le Psychiatre, chef du service responsable de l'A.F.T
- le Directeur des soins
- les Cadres Supérieurs de Santé
- le Cadre de santé concerné
- les Psychologues ayant instruit les demandes de candidature
- les Assistantes sociales ayant instruit les demandes de candidature
- un membre du Conseil de Surveillance, désigné par cette Assemblée
- le responsable du service administratif des familles d'accueil

Le secrétariat est assuré par le service administratif des Familles d'Accueil.

#### 1-2 Fonctionnement :

La Commission est convoquée par son Président et est réunie en tant que de besoin.

Sa réunion peut être demandée par le chef d'établissement, par le Psychiatre responsable de l'A.F.T. ou par la moitié de ses membres, sur un ordre du jour défini.

Les votes sont exprimés à la majorité. (ne participent aux votes que les psychologues et assistants sociaux ayant instruit la demande de candidature) En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

La commission peut valablement délibérer lorsque la moitié de ses membres sont présents ; en l'absence de quorum, celle-ci est reconvoquée dans les huit jours. Elle peut alors délibérer valablement quel que soit le nombre des membres présents. Le quorum s'apprécie du début de la réunion jusqu'à ce que le Président lève la séance.

En ce qui concerne les agréments initiaux, les avis motivés sont exprimés oralement, séparément, préalablement à l'avis global de la commission. (seuls expriment leurs avis les psychologues et les assistants sociaux ayant instruit la demande de candidature, ou concernés par la zone géographique en cas de changement de lieu d'accueil ou de modification dans la composition familiale).

Les spécialistes dont l'avis est requis en vue de l'agrément disposent d'un délai de deux mois pour élaborer celui-ci, à compter de la date à laquelle le Directeur leur a adressé la candidature.

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de réserve et les débats sont confidentiels. La décision appartient au directeur de l'Établissement.

### 1-3 Attributions :

La commission ordinaire de l'A.F.T émet son avis préalablement à toute décision relative à :

- l'agrément initial
- le maintien ou non de l'agrément à l'échéance ou en cours de la période d'essai.
- en cas de changement géographique du lieu d'accueil. Dans ce cas, l'accueillant familial thérapeutique doit demander le transfert du lieu d'accueil au chef d'Etablissement par lettre recommandée.
- en cas de changement dans la composition familiale

Elle est informée sur :

- l'évolution de la capacité globale et de l'utilisation du dispositif d'accueil,
- les modifications de capacité des accueils,
- les fermetures temporaires ou définitives,
- elle formule un bilan annuel de ses travaux, incorporé au rapport de Gestion

Elle est consultée en cas de modifications du Règlement Intérieur.

## OBLIGATIONS DE L'ETABLISSEMENT

Nul ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives des restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir, code du travail .art L120-2. Il résulte de ce principe l'interdiction des mesures discriminatoires ou de harcèlement moral ou sexuel envers le salarié.

### **1 - Informations demandées au candidat**

Elles ne peuvent avoir comme finalité que d'apprécier sa capacité à occuper l'emploi d'accueillant familial thérapeutique, et doivent avoir un lien direct et nécessaire avec l'emploi d'accueillant familial thérapeutique. Le candidat est tenu d'y répondre de bonne foi.

### **2 - Discrimination**

Toute personne candidate à un poste d'accueillant familial thérapeutique bénéficie d'une protection contre les discriminations fondées sur un élément de leur vie personnelle.

### **3 - Protection contre le harcèlement sexuel ou moral**

« Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle pour avoir subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers ».

« Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire pour avoir témoigné des agissements définis à l'alinéa précédent ou pour les avoir relatés ». Art L 122-46 du Code du travail (article L 1153-2 du code du travail).

Est passible d'une sanction disciplinaire tout salarié ayant procédé aux agissements définis ci-dessus.

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

« Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation pour avoir subi, ou refusé de subir, les agissements définis à l'alinéa précédent ou pour avoir témoigné de tels agissements ou les avoir relatés ».

Toute rupture du contrat de travail qui en résulterait, toute disposition ou tout acte contraire est nul de plein droit » Art L 122-49 du Code du Travail. (article L 1152-1 du code du travail).

Est passible d'une sanction disciplinaire tout salarié ayant procédé aux agissements définis ci-dessus.

#### **4 - Droit Syndical**

Le droit syndical est reconnu aux accueillants familiaux thérapeutiques dans les conditions du Code du travail.

#### **5 - Exécution du contrat de travail de bonne foi**

A ce titre la signature du contrat de travail implique l'engagement du C.H.S. de fournir l'activité objet du contrat garanti par l'application de l'art L 6143-7 du Code de la santé publique.

Le C.H.S. s'engage à ce que les interlocuteurs qu'il assigne aux accueils Familiaux Thérapeutiques soient titulaires des diplômes et qualifications exigés par leurs fonctions.

### FIN DE PLACEMENT- FERMETURE DU LIEU D'ACCUEIL ET DISPOSITIONS DIVERSES

#### **1 - Mesures intervenant à l'initiative de l'Etablissement**

##### Injonctions :

Si la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral des personnes accueillies, ou de l'une d'entre elles, se trouvent menacés ou compromis par les conditions d'accueil, ou le comportement de l'accueillant familial thérapeutique ou de son entourage.

Le médecin responsable enjoint l'accueillant familial thérapeutique de remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus constatés, dans un délai, de 1 à 7 jours, qu'il lui fixe et en informe par la remise d'une copie de la lettre d'injonction le Directeur du C.H.S.

Si l'accueillant familial thérapeutique ne satisfait pas à l'injonction dans les délais, le Directeur du C.H.S. peut décider, sur avis médical d'engager l'application des articles 25-3 et 33-2 du RI de l'AFT

##### Suivi renforcé :

Lorsqu'il existe un doute sérieux quant à un dysfonctionnement possible d'un accueil, qu'il y ait ou non plainte des patients, le praticien responsable, le représentant du service des soins et le Chef d'Etablissement se concertent sur les mesures à prendre.

Après avis médical, le Directeur peut décider que l'accueillant familial thérapeutique concerné fera l'objet d'un suivi renforcé par l'équipe pluridisciplinaire, défini dans un protocole écrit pour une période fixée.

Ce protocole figurera au document de liaison et le suivi renforcé fera l'objet d'un compte-rendu écrit de l'équipe soignante aux échéances prescrites.

#### **2 - La procédure disciplinaire**

##### **a) La sanction orale**

La surveillance et le contrôle des salariés sur le lieu et pendant leur temps de travail, ainsi que la possibilité de sanctionner des comportements considérés comme fautifs sont des prérogatives reconnues à l'employeur. Elles découlent directement du contrat de travail et plus spécialement du lien de subordination.

Constitue une sanction toute mesure, autres que des observations verbales, prise par l'employeur à la suite d'un agissement d'un salarié considéré par lui comme fautif.

C'est ainsi que le Directeur pourra prononcer oralement un avertissement ou un blâme, sans consulter la Commission Extraordinaire, sur rapport circonstancié des soignants après avoir entendu la personne ou l'avoir invité à présenter ses arguments.

Il est à noter qu'une réprimande orale, même accompagnée de mises en garde ou d'injonctions, ne doit pas être considérée comme une sanction. Ce type de sanction est le seul pour lequel la Loi n'impose pas le tenue d'un entretien préalable.

## **b) La sanction écrite : La Commission Extraordinaire**

### **2-1 Composition :**

- le Directeur Adjoint, Président
- le Psychiatre responsable technique de l'A.F.T
- le médecin généraliste référent du ou des patients
- le Directeur des soins
- le Cadre Supérieur de santé référent
- le Psychologue du ou des patients
- l'assistant social référent du ou des patients
- un membre du conseil de Surveillance, désigné par cette assemblée
- un membre du C.T.E, désigné par celui-ci au sein du collège des A.F.T. ***Dans l'éventualité où les candidats de deux listes ont obtenu le même nombre de voix, les membres des AFT seront au nombre de deux.***
- le Cadre de santé référent présente son rapport, ne participe *pas* à la délibération (il sort).

Le secrétariat est assuré par le service administratif des familles d'accueil.

Les membres de la Commission sont soumis à l'obligation de réserve et les débats sont confidentiels.

### **2-2 Attributions :**

La commission extraordinaire est saisie par écrit par le Directeur de toute insuffisance ou abus, mettant en cause la sécurité ou le bien être physique ou mental du patient, ou la qualité du travail en équipe, ou de tout comportement susceptible de constituer une faute de la part de l'accueillant familial thérapeutique

Si les faits reprochés au salarié paraissent d'une gravité telle que son maintien en fonction est dangereux, le chef d'établissement peut prononcer une mise à pied dans l'attente de la sanction à intervenir. Art 25-3.

### **2-3 Fonctionnement :**

La commission Extraordinaire de l'A.F.T est saisie par le Directeur. Cette saisine a lieu sur un rapport écrit, daté, signé, motivé par des faits constatés et datés remis au chef d'Etablissement.( rapport pouvant émaner du médecin psychiatre(et) ou d'un médecin généraliste (et) ou d'un cadre de santé (et) ou d'un infirmier référent ...) Les faits connus qui datent de plus de deux mois et n'ont fait l'objet d'aucun début de procédure sont prescrits, à moins que le fait fautif ait donné lieu dans le même délai à des poursuites pénales art L 122 -44 du Code du travail. (article L 1332- 4 du code du travail).

### **2-4 Convocation**

La commission extraordinaire est convoquée par son Président sur un ordre du jour défini.

L'accueillant familial thérapeutique est convoqué soit par une lettre remise en main propre contre décharge, soit par lettre recommandée avec A.R. qui lui indique l'objet de la convocation, la date, l'heure, le lieu de l'entretien, et lui rappelle qu'il peut se faire assister par une personne de son choix.

L'accueillant familial thérapeutique doit être averti suffisamment à l'avance afin de préparer son entretien.

Il doit s'écouler 15 jours entre la réception de la convocation et l'entretien.

### **2-5 Déroulement de l'entretien :**

La Commission :

- prend connaissance du rapport circonstancié en présence de l'accueillant familial thérapeutique ;
- indique le motif de la sanction éventuellement envisagée ;
- entend les observations de l'accueillant familial thérapeutique et, le cas échéant, celles de son conseil. Il ne peut être reproché à l'accueillant familial thérapeutique de ne pas s'être présenté à l'entretien, celui-ci étant organisé dans son seul intérêt.

Le fait pour l'accueillant familial thérapeutique dûment convoqué de ne pas se présenter sans motif valable ne fait pas obstacle à l'engagement de la suite de la procédure.

## 2-6 Choix de la sanction

Celle-ci doit être proportionnelle à la faute commise. Aucun accueillant familial thérapeutique ne peut être sanctionné pour un motif discriminatoire. La Commission peut formuler un avis dans le sens :

- soit d'un avertissement écrit,
- soit d'une suspension temporaire d'agrément
- soit demander le retrait définitif d'agrément

Elle délibère à huis clos et émet un avis par un vote à bulletin secret.

Le Président le notifie par écrit sans délai au Chef d'Etablissement. Celui-ci prend sa décision et la notifie par lettre remise en main propre contre décharge *ou* par lettre recommandée avec A.R. dans un délai de 15 jours au salarié ainsi qu'aux membres de la Commission Extraordinaire. Cette lettre doit comporter les griefs retenus contre l'accueillant familial thérapeutique.

Si le Chef d'établissement envisage de licencier l'accueillant familial thérapeutique, il convoque ce salarié à un entretien préalable et suit la procédure de licenciement de l'art L122-14 du Code du travail. (article L 1232-3 du code du travail)

Lorsqu'il est saisi en vue d'une procédure à l'encontre d'un accueillant familial thérapeutique, le Directeur peut, si la gravité ou la qualification des faits le justifie, et sans préjudice de ladite procédure, donner avis au Procureur de la République notamment sur le fondement de l'article 40 du Code de Procédure Pénale.

## COMPTE-RENDUS

Le service familles d'accueil rédige les comptes-rendus des Commissions et en assure l'enregistrement.

## SURVEILLANCE ET SOINS

### **1 - Prise en charge thérapeutique**

La responsabilité technique et médicale des accueils familiaux thérapeutiques est confiée à un psychiatre qui coordonne l'équipe de soins pluridisciplinaire (médecin psychiatre, médecin généraliste, psychologue, Directeur des soins, cadre supérieur de santé, cadre de santé, infirmiers, assistant social.)

Avec le concours de l'équipe de soins, le médecin coordonnateur :

- pose les indications de l'accueil familial et en assure le suivi médical,
- évalue et assure la bonne adéquation entre patients et l'accueillant familial thérapeutique et prend toutes décisions relatives à son maintien, au besoin avec changement d'accueil.
- prépare et rédige le projet thérapeutique et met en relation le patient (ou son représentant) l'accueillant familial thérapeutique et le Directeur en vue de sa conclusion
- prépare le patient et le cas échéant sa famille naturelle à ce mode de prise en charge. Il indique à ladite famille les dispositions du contrat d'accueil et du projet thérapeutique qui la concernent, notamment sur l'organisation de ses relations avec le patient et l'accueillant familial thérapeutique.
- recueille via le projet thérapeutique le consentement du patient ou le cas échéant celui de son représentant légal sur le choix de l'accueil ainsi que le consentement de l'accueillant familial thérapeutique et de son *entourage*,
- informe le patient des conditions de son accueil, des prestations dont il peut bénéficier au sein du C.H.S. ou à l'extérieur, de l'organisation de l'équipe et de la personne référente à laquelle il peut faire appel,
- effectue la mise en relation du patient et de l'accueillant familial thérapeutique et en suit l'évolution,
- dirige et soutient l'action de l'accueillant familial thérapeutique apporte éventuellement une aide à la famille naturelle du patient et tente de restaurer les liens du patient avec celle-ci lorsque cela s'avère possible et souhaitable,
- l'organisation de l'Etablissement assure de façon continue la permanence des soins et permet au patient comme à l'accueillant familial thérapeutique d'avoir une personne à joindre en cas de besoin ou d'urgence y compris la nuit, les dimanches et les jours fériés.

## **2 - Equipe de Soins**

Une équipe de soins pluridisciplinaire spécialisée et individualisée assure l'organisation, le soutien thérapeutique et le suivi de l'accueil familial, dans le respect du règlement intérieur. Sous réserve du secret médical et professionnel et de l'indépendance thérapeutique du prescripteur, elle agit sous la responsabilité du chef d'établissement, ou des cadres qu'il délègue à cet effet, à qui elle rend compte. L'équipe dispose de moyens de transports nécessaires et de locaux individualisés pour répondre aux appels, se réunir et organiser avec les patients, les familles, toutes activités ou rencontres qu'elle jugera utiles.

## **3 - Suivi dans les lieux d'accueils**

### 1- Suivi par les soignants :

Les patients sont visités régulièrement au domicile de l'accueillant familial thérapeutique. Ces visites permettent de vérifier si les conditions de vie, le climat affectif, et la mise en œuvre du projet thérapeutique sont satisfaisantes et le demeurent. Elles sont mentionnées dans le document de liaison visé à l'article 18.

### 2 - Suivi de l'hébergement :

Celui-ci est effectué par le Cadre Infirmier en collaboration avec le service chargé de la gestion administrative des accueillants familiaux thérapeutiques. Chaque fois que faire se peut, les représentants de l'Etablissement prennent contact avec l'accueillant familial thérapeutique à l'avance lorsqu'ils ont besoin de le rencontrer.

## **4 - Réunions de synthèse**

Sous la responsabilité du psychiatre chargé de l'accueil familial thérapeutique, tous les moyens techniques de coordination devront être mis en œuvre afin d'assurer la continuité du suivi thérapeutique de l'accueil de chaque patient.

## **5 - Sortie du patient**

Après avis du psychiatre responsable des accueils familiaux du secteur, il peut être mis fin à l'accueil en fonction de l'état du patient. S'il s'agit d'une sortie définitive de l'Etablissement, celle-ci est prononcée par le Directeur.

## **Article 13 : Les unités intra hospitalières**

Les unités intra hospitalières sont au nombre de trois et répondent à différentes missions :

### a) L'Unité d'Accueil (U. A.)

Cette unité est un service d'hospitalisation de courte durée, prenant en charge des patients du secteur 7 de l'Allier, mais aussi les patients à destination de l'accueil familial thérapeutique.

L'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire participe et collabore dans la mise en œuvre du projet de soin individualisé, en fonction de leur compétence et de leurs champs d'action.

L'admission d'un patient est prononcée par le Directeur sur demande d'un médecin.

L'admission peut être programmée ou non.

L'établissement n'est pas habilité à recevoir des patients admis pour des soins sans consentement (au sens de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge).

Ce service entièrement climatisé comprend **20 lits** en chambres individuelles dont 19 avec salle de bains, plus une chambre d'isolement.

Il a pour mission :

- De prendre en charge sur une courte durée les patients hospitalisés en accueil familial thérapeutique présentant des troubles psychiatriques aigus
- De prendre en charge les patients du secteur 03G07 nécessitant une hospitalisation en psychiatrie avec ou sans consentement,
- D'assurer un suivi pour certains patients du secteur après leur sortie.

Les patients accueillis sont originaires :

- du secteur 03GO7,
- de localités hors secteur proches, dès lors qu'ils sont en hospitalisation libre,
- d'autres établissements de soins spécialisés pour une période d'observation d'une semaine avant une prise en charge en Accueil Familial Thérapeutique,
- de l'accueil familial pour des soins de courte durée.

b) L'Unité de Soins Psychiatriques Prolongés (U. S. P. P.)

Cette unité, entièrement climatisée regroupe 30 lits en chambres individuelles, avec salle de bains.

Cette unité a pour mission :

- D'accueillir et de traiter les patients justifiant de soins psychiatriques prolongés susceptibles de bénéficier à plus ou moins long terme de structures intermédiaires,
- De permettre la continuité de l'Accueil Familial Thérapeutique en assurant le relais,
- D'intervenir sur les zones d'AFT en dehors des heures de présence des infirmiers référents.

Des séjours de deux mois et plus sont indiqués aux patients d'AFT ou de secteur pour des soins plus ou moins longs et aux patients qui ne peuvent plus bénéficier de la prise en charge en accueil thérapeutique et pour lesquels il faut une autre orientation.

c) L'Unité Médicalisée (U. M.)

Cette unité de 10 lits est destinée à accueillir et traiter les patients présentant des pathologies somatiques exigeantes en soins médicaux et infirmiers mais ne nécessitant pas une hospitalisation en centre hospitalier général.

Cette unité accueille aussi des patients de retour d'hospitalisation d'un établissement extérieur et qui peuvent être suivis dans le cadre de leur convalescence.

### **Article 14 : L'Ergothérapie**

Ce service de soins s'inscrit dans le continuum de la prise en charge du patient d'intra et de l'AFT.

Les **activités ergothérapeutiques** peuvent compléter la prise en charge. Selon les projets thérapeutiques et sur prescriptions médicales, différents types d'activités de "production", de "création" ou "sportive" sont proposés (alphabétisation, jardin, bar, peinture, dessin, photos, reliure, imprimerie, encadrement, vannerie, travail à façon, etc...).

Un service de cars, l'Ergobus, assure le transport des patients avec des horaires et des lieux de ramassage précis, deux fois par jour et sur deux lignes différentes. Les patients ont la possibilité de prendre leurs repas au self.



## **Article 15 : L'Unité de Soins de Longue Durée**

### **Personnes accueillies**

L'Unité de Soins de Longue Durée accueille, sauf dérogation, des personnes âgées d'au moins 60 ans. Les personnes âgées de moins de 60 ans peuvent être accueillies après dérogation du Conseil Général du département.

### **Admissions**

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut demander à en faire une visite préalable auprès de la direction.

Une commission d'admission interne à l'établissement étudie le dossier de demande, composé notamment du dossier médical.

Au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie de la personne qui sollicite son admission réalisée par un médecin, sur la base de la méthodologie réglementaire (AGGIR), le médecin gériatre donne son avis sur l'admission de la personne âgée.

Le Directeur prononce ensuite l'admission selon une procédure définie. La date d'arrivée du résidant est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation.

Le dossier administratif d'admission établi le jour de l'entrée comporte les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille;
- la copie de la carte d'identité
- la copie de l'attestation de la carte vitale et de la Mutuelle si la personne âgée est adhérente ;
- les justificatifs des ressources en cas de dossier de demande d'aide sociale, d'allocation personnalisée d'autonomie ou d'allocation logement.
- la grille AGIR de moins de 3 mois
- une attestation de responsabilité civile

### **Contrat de séjour**

Il est signé un contrat de séjour entre la personne âgée (ou son représentant) et l'établissement conformément au décret 2001-1085 du 20 novembre 2001.

Un exemplaire est remis au résidant en même temps que le présent règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.

### **Conditions de participation financière et de facturation**

Les tarifs d'hébergement et de la dépendance sont fixés annuellement par le Président du Conseil Général sur proposition du Directoire. Ce prix comprend l'hébergement complet du résidant (logement, repas, entretien du linge, aide et accompagnement dans les actes de la vie quotidienne). Les tarifs sont précisés dans le Contrat de séjour et son annexe.

Les frais d'hébergement sont payables mensuellement à terme échu, par chèque libellé à l'ordre du Centre des Finances Publiques de Cérilly.

Pour le résidant admis au titre de l'aide sociale et après accord de prise en charge, partielle ou totale, du forfait hébergement par le Conseil Général, les ressources sont versées auprès de la trésorerie du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) d'Ainay le Château pour un reversement de 90% de ces ressources auprès de la Direction de l'Aide Sociale.

Le résidant dispose de 10% de ses pensions au titre de l'argent de poche. Ce montant ne peut être inférieur à 1/100ème du montant annuel des prestations minimales vieillesse.

## **Organisation des locaux collectifs et privés**

### ***a. Les locaux privés***

Chaque chambre dispose de lit électrique à hauteur variable, de table de chevet, d'un placard et d'un cabinet de toilette avec W. C. douche et lavabo.

La chambre du résidant peut être personnalisée (fauteuil, commode, table, bibelots, photos, lit éventuellement...) d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résidant que le personnel et les visiteurs.

Il est recommandé aux résidants de bien vouloir assurer eux-mêmes les biens dont ils sont propriétaires.

L'entretien de la chambre est assuré par le personnel de l'établissement.

Lorsque l'exécution de travaux nécessite l'évacuation temporaire des lieux, le gestionnaire en informe chaque résidant concerné qui ne peut s'y opposer.

Le Directeur s'engage dans ce cas à reloger la personne âgée pendant la durée des travaux dans les conditions qui répondent à ses besoins.

### ***b. Les locaux collectifs***

Toute personne souhaitant pénétrer dans l'établissement doit se faire connaître auprès du personnel d'accueil.

L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite.

## **Prise en charge des résidants**

Chaque résidant a droit au professionnalisme et à une attention constante des membres du personnel, lequel fait tout son possible pour que la personne trouve bien-être et confort.

Les expressions de familiarité (tutoiement, etc.) ne sont pas utilisées.

Le personnel frappe systématiquement à la porte avant de pénétrer dans l'espace privatif de la chambre.

Les toilettes et soins sont effectués avec la porte de la chambre ou de la salle de bain fermée.

Aucune somme d'argent ne peut être versée au personnel par le résidant ou sa famille à titre de gratification.

## **Repas**

Ponctuellement, à la demande du résidant, les repas peuvent être pris en salle de restaurant, en chambre ou en dehors de l'unité aux heures suivantes :

- petit déjeuner : entre 6H30 et 9H00
- hydratation : 10H30
- déjeuner : 12h00
- collation : 15H30
- dîner : 18h00

L'invitation à déjeuner ou à dîner de parents ou d'amis doit être signalée au plus tard la veille auprès du cadre de l'unité. Le prix du repas est fixé en Conseil de Surveillance. Le règlement se fait auprès du bureau de la régie.

Le résidant peut inviter, à titre payant, les personnes de son choix au déjeuner. Le prix du repas est fixé par le Directeur.

Les menus sont établis de manière équilibrée et les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte.

La diététicienne de l'établissement intervient régulièrement dans l'unité pour répondre aux besoins des résidants.

## **Activités et loisirs**

Chaque résidant est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble.

Des activités et des animations collectives et individuelles sont proposées plusieurs fois dans la semaine. Chacun est invité à y participer.

Les prestations ponctuelles d'animation sont signalées par voie d'affichage dans le service.

La famille et l'entourage des résidants sont cordialement invités à participer aux animations.

### **Prise en charge médicale**

L'unité de soins de longue durée dispose d'un médecin gériatre. Une permanence médicale est assurée 24h/24. Le personnel soignant est présent sous la responsabilité d'un cadre soignant. Il n'y a pas d'intervenants libéraux dans l'établissement.

L'établissement dispose d'une équipe médicale et paramédicale de rééducation qui peut se déplacer à la demande du résidant ou du médecin responsable de l'unité pour définir un plan de traitement rééducatif.

Si l'état de santé du résidant le nécessite, une hospitalisation ou des examens para cliniques dans un autre secteur médical peuvent être envisagés en concertation avec le résidant, sa famille ou son représentant légal. Un projet de vie individualisé est élaboré pour chaque résidant.

### **Le linge et son entretien**

Le linge domestique (draps, serviettes et gants de toilette) est fourni et entretenu par l'établissement.

A son admission, le linge du résidant doit être identifié à son nom. Ce linge est à la charge du résidant et/ou de son entourage. Il peut être lavé par la blanchisserie à titre gracieux. Cependant, l'entretien des textiles délicats (laine, lainage, rhovyl, ...) sera assuré par le résidant ou son entourage.

En cas de détérioration ou de perte, l'établissement se dégage de toute responsabilité.

Le linge personnel devra être renouvelé aussi souvent que nécessaire.

### **Pratique religieuse ou philosophique**

Les conditions de la pratique religieuse ou philosophique, y compris la visite de représentants des différentes confessions, sont facilitées aux résidants qui en font la demande.

Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions.

Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

### **Fin de vie**

Les moments de fin de vie font l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des appartenances confessionnelles et des convictions de la personne et de ses proches.

La présence de la famille est facilitée et elle peut demander aide et conseils aux équipes.

## **Article 16 : Le Département d'Information Médicale**

Le Département d'Information Médicale (D.I.M.) est un service hospitalier chargé du recueil et de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. Il a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers.

En cas d'absence du praticien DIM affecté à l'établissement, cette fonction peut être assurée, par convention, par un autre établissement.

Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Le médecin du Département d'Information Médicale est responsable des archives médicales.

## **Chapitre II - L'accueil, le séjour et la sortie des patients**

### **Section I - Droits fondamentaux et devoirs des patients hospitalisés et des usagers du système de santé**

Code de la Santé Publique - Charte de la personne hospitalisée et Charte de l'utilisateur en santé mentale (jointes en annexe)

#### **Article 17 - Droits et libertés des personnes en soins psychiatriques libres**

Les droits liés à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées avec leur consentement sont régis par les dispositions de l'article L3211-2 du Code de la santé publique qui stipule qu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux patients libres soignés pour une autre cause.

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. Ces droits sont résumés dans la charte de la personne hospitalisée.

Parmi ces droits, figurent :

- la liberté d'aller et venir
- la liberté d'opinion dont le droit de vote (sauf décision contraire du Juge des Tutelles)
- la liberté de communiquer
- la liberté de religion et de culte

L'établissement veille au respect de ces libertés qui peuvent néanmoins, pour certaines d'entre elles, être temporairement restreintes, pour des motifs tenant aux soins et/ou à la sécurité des personnes.

Dans ces cas particuliers, le patient est informé, son consentement est recherché, la mesure de restriction est prescrite, évaluée à périodicité définie afin d'être la plus limitée possible tout en gardant comme objectif l'intérêt prioritaire du patient.

#### **Article 18 - Information du patient, conservation des informations recueillies, accès aux informations**

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables et des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé, les médecins de l'établissement assurent l'information des patients, qui doit être appropriée, accessible et loyale. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les patients sont associés aux choix thérapeutiques qui les concernent.

Ils sont informés préalablement de la nature, des bénéfices, des risques et des conséquences que les actes et prescriptions peuvent entraîner.

Le patient n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

Toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique.

Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le patient et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel.

Les médecins conseils du service du contrôle médical de la sécurité sociale, les médecins experts de la Haute Autorité de Santé et les médecins Inspecteurs Généraux des Affaires Sociales et les médecins de la Commission départementale des soins psychiatriques ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions.

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

Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge. Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou son représentant légal, doit être informée par l'hôpital sur les circonstances et les causes de ce dommage.

#### **Article 19 - Dossier du patient : tenue et communication**

Un dossier du patient est constitué pour chaque patient pris en charge, conformément aux dispositions des articles R1112-1 à R1112-9 du Code de la santé publique.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'établissement. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément aux dispositions prévues par les articles L1111-7 et R1111-1 à R1111-8 du Code de la santé publique.

#### **Article 20 - Relations avec les proches et les ayants droits**

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

Avec l'accord du patient et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical - telles que diagnostic et évolution de la maladie - peuvent être données aux membres de la famille, aux proches ou à la personne de confiance par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du patients.

Si le patient, majeur, a désigné une « personne de confiance » et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication.

Sur demande écrite, les ayants droit d'un patient décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou

faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès. Ils ne peuvent avoir accès qu'aux informations strictement nécessaires à la réalisation de tels objectifs. Ils doivent être, par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité de prévention, de diagnostic ou de soins si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

### **Article 21 - Relations avec les médecins traitants**

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant désigné par le patient ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission de ce dernier ainsi que du service où a eu lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. A la fin du séjour hospitalier, si le patient en fait la demande, certaines pièces du dossier médical, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire, sont adressées dans un délai de 8 jours maximum au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. A défaut ces pièces sont remises directement au patient ; des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du patient.

### **Article 22 - Traitements informatiques de données**

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de la venue d'un patient dans l'établissement (hospitalisation, venue ou consultation) font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un **droit d'accès et de rectification** par le patient, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. Les dispositions légales principales sont affichées dans les services accessibles au patient. La Commission Nationale Informatique et Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette Commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser au bureau des admissions.

### **Article 23 - Consentement**

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé.

### **Article 24 - Accord sur les soins**

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient qui peut le retirer à tout moment. Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses. Un dépistage (par exemple VIH) ne peut être réalisé qu'avec le

consentement préalable de la personne, sauf dans certains cas exceptionnels où ce dépistage est obligatoire (dons d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme et de lait). Aucun dépistage ne peut être fait à l'insu du patient, ce qui constituerait une violation de la vie privée.

Un dépistage volontaire peut être proposé au patient dans le respect de son libre consentement, après information personnalisée. Par ailleurs, toute personne infectée par le VIH doit donner son consentement par écrit au traitement informatique de son dossier médico-épidémiologique à des fins statistiques. Les éventuels prélèvements d'éléments du corps humain doivent être effectués dans le respect des démarches prévues légalement.

Toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut refuser tout acte diagnostique ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment.

Toutefois, si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement, la personne met sa vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni traitement ne peut avoir lieu sauf urgence avant consultation préalable de la « personne de confiance » désignée, de la famille, ou à défaut d'un autre proche.

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précités, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informé les accompagnants et l'un des proches du patient

#### **Article 25 - Personne de confiance**

Lors de l'admission, il est proposé à chaque patient majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ».

Cette personne - qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant - a vocation à être consultée si le patient devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions.

Son rôle est renforcé pour les patients en fin de vie : lorsque le patient dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la « personne de confiance » qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non-médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

Cette désignation est en principe valable pour la durée du séjour hospitalier, mais elle est révocable à tout moment par le patient (ou par le juge des tutelles pour les majeurs placés sous protection).

La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès), sauf désignation d'une même personne par le patient.

#### **Article 26 - Soulagement de la douleur**

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels. La mesure et la prise en charge de la douleur sont prévues dans des protocoles validés par le Directoire de l'établissement.

## **Article 27 - Dispositions spécifiques aux patients en fin de vie**

### a) Directives anticipées

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ».

Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement ; elles sont révocables à tout moment.

Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sous réserve que ces directives aient été établies moins de trois ans avant son état d'inconscience.

### b) Soulagement de la douleur en fin de vie

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un patient en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le patient, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

### c) Dispositions particulières applicables aux majeurs sous tutelle

En principe, les dispositions générales décrites précédemment, s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale.

Toutefois le majeur sous tutelle a également le droit de recevoir lui-même une information et de participer à la prise de décision le concernant d'une manière adaptée à sa faculté de discernement.

Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté
- le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle
- en principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles, le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur.

### d) Devoirs des patients

Conformément à la charte de la personne hospitalisée, les personnels de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.

Ils sont attentifs au soulagement de la douleur des patients, ainsi que celle de leurs accompagnants.

Les patients doivent, en retour, et dans la mesure permise par leur propre souffrance ou désarroi, respect aux personnes qui les prennent en charge

## **Section II - Admission dans l'établissement**

### **Article 28 - Sectorisation et principe du libre choix du patient**

Conformément à l'article L3221-1 du Code de la santé publique, le Centre hospitalier exerce ses missions de lutte contre les maladies mentales dans le cadre de la sectorisation psychiatrique.



Le principe du libre choix du patient (articles L1110-8 et L3211-1 du CSP) est un principe fondamental de la législation sanitaire.

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

Ce droit s'exerce dans les limites imposées par les disponibilités en lits de l'établissement et sous réserve de l'accord préalable du praticien qui prendra en charge le patient lorsque ce dernier souhaite être pris en charge par l'équipe d'un secteur psychiatrique différent de celui dont il relève.

Le libre choix du praticien par le patient prévu par l'article L1110-8 du

Code de la santé publique ne peut aller, pour des raisons religieuses, à l'encontre du tour de garde des médecins et de l'organisation médicale et soignante de l'établissement.

### **Article 29 - Compétences en matière d'admission**

Toute admission d'un patient hospitalisé en hospitalisation complète ou alternative est prononcée par le directeur de l'établissement ou son représentant sur avis d'un médecin de l'établissement.

Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin du service d'hospitalisation ou le médecin de garde, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant, hospitalier ou libéral, attestant la nécessité du traitement hospitalier.

En l'absence de souhaits contraires émanant du patient, celui-ci est prioritairement hospitalisé dans une unité de soins du secteur dont il relève.

### **Article 30 - Compétences 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, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

### **Article 31 - Admission en urgence**

Si l'état d'un patient réclame des soins urgents, le directeur prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'Etat civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

### **Article 32 - Admission en urgence, transfert vers un autre établissement**

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient 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 de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

### **Article 33 - Information de la famille et des proches**

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés soit prévenue, y compris tous les cas en urgence, sauf refus connu ou valablement exprimé par l'intéressé.  
Cette information incombe au personnel médical et paramédical des unités de soins.

### **Article 34 - Refus de soins**

Tout patient dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.  
Ce procès-verbal est cosigné par deux témoins.

Toutefois, si le patient est atteint de troubles mentaux rendant impossible son consentement et si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, le directeur provoque immédiatement la mise en œuvre de l'une des procédures instituées par les articles L3212-1 et L3212-3 du Code de la santé publique.

De même, si le patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur saisit les autorités compétentes pour engager les procédures prévues aux articles L3213-1 et L3213-2 du Code de la santé publique.

### **Article 35 - Les formalités administratives d'admission**

Au moment de son arrivée, le patient ou la personne qui l'accompagne se rend au bureau des admissions afin d'effectuer les formalités administratives d'admission.

Si le patient est admis directement dans le service, le personnel soignant informe le bureau des admissions et le bureau du service infirmier de l'arrivée du patient et produit toutes les pièces et renseignements nécessaires à l'ouverture du dossier administratif et médical informatisé.

L'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant les informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

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

- sa carte vitale ou l'attestation d'ouverture de ses droits établie par son organisme d'assurance maladie
- une pièce d'identité
- le cas échéant, les coordonnées d'un organisme tiers payeur qui assure la prise en charge du ticket modérateur ou du forfait journalier.

En cas d'hospitalisation de jour, ces renseignements sont pris par les secrétariats médicaux et transmis sans délai au bureau des admissions.

Une attention particulière est apportée par le bureau des admissions et les assistantes sociales de l'établissement pour favoriser l'accès aux soins des personnes sans couverture sociale ou démunies se présentant dans les services de l'hôpital.

### **Article 36 - Les frais d'hospitalisation**

Le patient est informé, à sa demande, des frais auxquels il est exposé du fait de son hospitalisation.

Dans le cas où les frais de séjour des patients ne sont pas susceptibles d'être pris en charge par les services de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie, soit par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre ou par tout autre organisme public, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable souscrivent un engagement d'acquiescer les frais.

### ***Article L115***

Les bénéficiaires de l'article L115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre laissent leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

### **Article 37 - Personnes usant d'une façon illicite de substances comme stupéfiants**

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

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

L'admission et le départ des personnes auxquelles les autorités judiciaire ou sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L3413-1 à L3413-3 du Code de la santé publique.

## **Section III - Le séjour hospitalier**

### **Article 38 - Accueil dans l'unité de soins**

L'accueil des patients est assuré à tous les niveaux par un personnel spécialement préparé à cet effet. Les patients sont informés par tous moyens adéquats (nom figurant sur les tenues de travail, badges...) du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Afin de prévenir tout incident et de garantir la sécurité des patients et du personnel, il est nécessaire de vérifier qu'aucun objet dangereux ne soit introduit dans une unité de soins.

A cet effet, et en cas de suspicion, le personnel soignant doit vérifier que les patients ne portent pas sur eux ou dans leurs affaires des objets de ce genre (arme notamment).

Cette vérification peut se faire par fouille, avec l'accord du patient, ou en cas de refus, par palpation et fouilles des affaires devant témoin.

### **Article 39 - Remise du livret d'accueil**

Dès l'admission, un livret d'accueil contenant toutes les informations utiles au séjour hospitalier est remis à chaque patient. La charte de la personne hospitalisée figure dans ce livret.

Ce livret d'accueil comprend également le questionnaire de sortie.

### **Article 40 - Anonymat**

Le patient peut demander à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement. Il est néanmoins tenu de donner son identité au moment de son admission et sera enregistré sous celle-ci dans le système d'information de l'établissement.

L'anonymat est total : si le patient souhaite que sa présence soit connue par certains proches, il lui incombe de les informer lui-même.

Le bureau des admissions et le standard ne donneront aucune information sur la présence du patient en cas d'appels extérieurs ou de personnes qui se présenteront en vue de rendre visite au patient.

### **Article 41 - Dépôt des objets de valeur**

Lors de son admission, un inventaire des biens détenus par le patient est effectué. Celui-ci est invité à déposer auprès de la Régie de l'établissement les sommes d'argent et objets de valeur qui sont en sa possession. S'il refuse de déposer ceux-ci, il est tenu de signer un document où il atteste avoir été prévenu des risques encourus et où il décharge le Centre hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château de toute responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration. Pour les personnes hors d'état de manifester leur volonté et se trouvant dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, le dépôt est effectué par le personnel de l'établissement comme le prévoit l'article L1113-3 du code de la santé publique.

Les modalités de prise en charge de l'argent et des objets de valeur des patients et résidents sont fixées par une procédure. (Procédures pendant les heures d'ouverture de la régie et en dehors des heures d'ouverture de la régie)

Les heures d'ouverture de la Régie doivent être communiquées aux patients par le personnel afin qu'ils puissent récupérer leurs moyens de paiement à leur sortie.

### **Article 42 - Consentement aux soins**

Aucun acte de traitement médical ne peut être entrepris sans que le patient en ait été préalablement et précisément informé conformément aux dispositions du code de la santé publique en vigueur.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des patients.

### **Article 43 - Chambre des patients**

L'établissement comporte un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun. Les chambres toutes individuelles, sont attribuées par l'équipe soignante et médicale en fonction des indications thérapeutiques et/ou des disponibilités.

Les patients hospitalisés ne peuvent interdire ou limiter l'accès de leur chambre au personnel hospitalier. Ce dernier veillera à respecter l'intimité du patient.

### **Article 44 - Repas**

Les horaires des repas sont les suivants :

- petit-déjeuner entre 7 h 30 et 8 h 30
- déjeuner entre 11 h 30 et 13h00
- dîner entre 18 h et 19 h

Les menus sont établis par le chef de la restauration et le service diététique qui élaborent également des régimes spéciaux sur prescription médicale.

Les menus sont affichés dans les services.

Sauf consigne spécifique, les repas sont pris dans la salle à manger de l'unité de soins.

Une commission de menus est installée dans l'établissement. Composée de représentants des usagers, des services économiques, du service restauration et des services des soins, elle se réunit une fois par mois. Ses attributions sont :

- Evaluer la prestation
- Donner un avis sur les différents menus
- Evoquer les menus en rapport avec les régimes
- Présenter différentes suggestions

### **Article 45 - Linge des patients hospitalisés**

Le patient hospitalisé conserve ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui ou ses proches d'en assurer l'entretien.

Le linge des résidents de l'USLD est marqué par le service lingerie.

L'établissement sous-traite le nettoyage du linge plat et en forme à un prestataire extérieur.

### **Article 46 - Visites**

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles par voie d'affichage à l'entrée du service.

L'accès aux unités de soins peut être limité pour les mineurs de moins de 15 ans.

Néanmoins, afin de faciliter les relations des patients avec leurs enfants, les visites peuvent être autorisées sur avis médical.

Les visites aux patients hospitalisés peuvent être limitées ou momentanément interdites pour raison thérapeutique. Toute interdiction de visite permanente constitue une atteinte au droit au respect de la vie familiale au sens de l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur.

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

Les patients peuvent demander de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès à eux.

### **Article 47 - Animaux domestiques**

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens guides d'aveugles et ceux intégrés dans un protocole thérapeutique, ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'hôpital ou dans les structures extra-hospitalières, hors AFT.

### **Article 48 - Alcool et substances illicites**

Les visiteurs et les patients ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments. Le cadre de santé et le personnel soignant du service s'oppose, dans l'intérêt du patient, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites.

L'introduction de substances illicites est formellement interdite et expose le patient à une sortie disciplinaire pour rupture du contrat ou du projet de soins. Le directeur de l'établissement se réserve le droit de porter plainte en cas d'introduction de substances frauduleuses pénalement réprimées.

Toute substance illicite détenue par un patient hospitalisé fera l'objet d'une saisie, d'un dépôt chez le directeur pour remise aux autorités judiciaires concernées.

#### **Article 49 - Patients causant des désordres**

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

#### **Article 50 - Respect des locaux et des équipements**

Les hospitalisés veillent à respecter le bon état des locaux et objets qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient.

Chaque patient reste civilement voire pénalement responsable de ses actes et doit en assumer les conséquences, notamment financières.

#### **Article 51 - Versement d'argent au personnel**

Aucune somme d'argent ne peut être versée aux personnels par les patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

#### **Article 52 - Courrier et téléphone**

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes les opérations postales, à l'exception des opérations financières.

Les hospitalisés utilisant le téléphone acquittent les taxes correspondantes.

Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services et ne sont pas proscrites par le médecin du service pour raisons médicales.

Sauf avis médical contraire, l'utilisation de téléphone portable est autorisée dans l'établissement. Ces appareils sont utilisés sous la responsabilité des patients. Il est rappelé en particulier qu'il est strictement interdit de filmer ou de photographier d'autres patients sous peine de confiscation de l'appareil et des poursuites prévues à l'article 226-1 et suivants du code pénal.

#### **Article 53 - Appareils sonores (télévision, radios)**

Les appareils de télévision ne peuvent être introduits à l'hôpital qu'après avis de l'équipe pluridisciplinaire et sous réserve du respect des règles de sécurité de l'hôpital et de la conformité avec le projet de soins. En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du patient ou de ses voisins.

Dans chaque unité de soins, les patients disposent d'un espace permettant de regarder la télévision durant les heures autorisées.

#### **Article 54 - Laïcité du Service Public**

La charte de la laïcité dans les services publics prévoit, entre autres, que les usagers :

- ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans le respect des limites de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène

- doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme
- ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions des usagers dans le respect des règles auxquelles il est soumis et de son bon fonctionnement
- ont le droit au respect de leurs croyances et peuvent participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes liées au bon fonctionnement du service.

Un représentant du culte catholique est présent dans l'établissement à temps partiel, il est à la disposition des patients et des familles et assure le service d'aumônerie.

#### **Article 55 - Interdiction de fumer**

Il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des bâtiments du Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay le Château.

#### **Article 56 - Activités thérapeutiques**

Des activités thérapeutiques destinées à favoriser la réinsertion des patients sont organisées, avec l'accord du médecin responsable.

#### **Article 57 - Mesures de contention et mise en chambre d'isolement**

Les modalités de soins que constituent la mise en isolement ou l'utilisation de moyens de contention rendus nécessaires par l'état du patient, ne peuvent être mises en œuvre que sur prescription médicale, sauf urgence absolue. Dans tous les cas, elles doivent précisément être mentionnées dans le dossier du patient.

Elles respectent un protocole thérapeutique défini, après avis de la CME, pour l'ensemble des services concernés.

Si leur mise en œuvre se prolonge au delà de 48 heures pour un patient en hospitalisation libre, le directeur provoque une admission en soins psychiatriques sans consentement selon les procédures prévues par les articles L3212-1, L3212-3, L3213-1 et L3213-2.

#### **Article 58 - Majeurs protégés**

Les biens des majeurs protégés, hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, modifiée par la loi n°2009-526 du 12 mai 2009. L'établissement dispose de préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs agréés selon la liste préfectorale.

### **Section IV - La sortie**

#### **Article 59 - Permissions de sortie temporaire**

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maximale de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données sur avis favorable du médecin, par le directeur.

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

### **Article 60 - Sortie définitive**

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin.

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de l'hospitalisé dans un établissement dispensant des soins de suite ou de réadaptation ou des soins de longue durée adapté à son cas.

Un bulletin de sortie ne comprenant ni diagnostic, ni aucune mention d'ordre médical, ainsi que les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la poursuite des soins et de ses traitements et à la justification de ses droits sont remis au patient.

Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète, conserve à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs (sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil), sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

### **Article 61 - Sortie prématurée**

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. En ce qui concerne les personnes hospitalisées sur décision du directeur, la procédure de la sortie requise par le tiers demandeur ou un proche s'applique. Si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le patient refuse de signer cette attestation, un procès verbal de ce refus est dressé.

### **Article 62 - Décès**

Les démarches à accomplir sont résumées dans une procédure.

### **Article 63 - Absence anormale des patients**

Des protocoles spécifiques indiquent la conduite à tenir par le personnel du Centre hospitalier en cas d'absence anormale d'un patient.

Un signalement est effectué auprès des forces de police et de gendarmerie pour toute absence de patient hospitalisé et, sur décision du médecin, en cas de risque grave pour la santé du patient hospitalisé en soins libres.

### **Article 64 - Information du médecin traitant**

A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.



## **Article 65 - Questionnaires de sortie ou enquêtes de satisfaction**

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations.

## **Article 66 - Plaintes, réclamations, droit à l'information en cas de dommage médical**

Tout patient peut faire part directement de ses observations au directeur de l'établissement, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge mentionnée à l'article 9 alinéa d du présent règlement intérieur, ainsi qu'aux médiateurs médical et non médical dont les coordonnées sont disponibles au secrétariat de direction.

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants-droits, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui 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.

Elle peut également, si elle s'estime victime d'un préjudice, saisir la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales dont le siège pour la région Auvergne se situe à Lyon.

C. R. C. I.  
235, cours Lafayette  
69451 LYON  
Tél : 04 72 84 45 60  
Fax : 04 72 84 04 59  
Mél : [auvergne@commissions-crci.fr](mailto:auvergne@commissions-crci.fr)

## **Chapitre III - Dispositions relatives aux personnels**

### **Préambule**

Le personnel hospitalier médical et non médical est dans une situation statutaire et réglementaire, il ne relève pas du règlement intérieur, mais directement de l'autorité ayant pouvoir de nomination.

La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires donne le détail de ceux-ci et n'a pas à être reprise dans le règlement intérieur.

Toutefois, certains aspects concernant le comportement et la discipline au quotidien peuvent être précisés au sein de ce dernier.

### **Section I - Le comportement au travail du salarié**

#### **Article 67 - L'exécution des instructions reçues**

Tout agent du Centre hospitalier, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur

hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et compromet gravement un intérêt public.

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

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire

### **Article 68 - Le comportement avec les familles**

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance et en regard des règles professionnelles notamment celle relative au secret professionnel.

Le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire. Les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé. Dans certains cas, la conduite à tenir vis-à-vis des familles peut faire l'objet de directives médicales particulières, notamment au vu du projet thérapeutique.

### **Article 69 - Le comportement avec le patient**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients et des résidents dont ils ont la charge. Ils prennent toutes dispositions pour instaurer un climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux hospitaliers notamment en luttant contre le bruit.

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

Le respect des chartes du patient et du résident doit être une priorité permanente.

Le personnel doit s'identifier par le port du badge ou des vêtements de travail marqués à son nom, afin de se faire connaître des patients et de leur famille.

Cette disposition s'applique également aux membres bénévoles des associations intervenant dans l'établissement conformément au présent règlement intérieur.

### **Article 70 - Les interdictions particulières**

Il est interdit de :

- détenir à quelque titre ou intention que ce soit des objets ou valeurs provenant des patients ou résidents,
- accepter de l'argent ou des prestations des personnes hospitalisées ou hébergées, ou d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par l'établissement,
- introduire et consommer dans l'établissement des boissons alcoolisées ou des substances illicites, ou se trouver sous leurs effets,
- fumer dans les locaux,
- fumer en présence des patients (lors de sorties à l'extérieur des unités de soins),
- utiliser son poste informatique en contradiction avec la charte signée,
- utiliser pour des besoins personnels le téléphone du service,
- se faire appeler de l'extérieur sauf motif grave,
- recevoir des visites personnelles sur les lieux de travail, sauf motif grave,

Le port de piercings, extensions, french manucure et bijoux doit répondre aux règles d'hygiène en vigueur dans l'établissement. Le personnel est fortement mis en garde des dangers dus aux ports de ces accessoires esthétiques.

### **Article 71 - Les obligations particulières**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité et de laïcité qui s'impose à tout agent collaborant au service public, y compris les stagiaires accueillis dans l'établissement. Tout prosélytisme est interdit.

Les agents doivent porter à la connaissance du responsable du service les doléances exprimées par les patients, résidents ou leur famille,

Le personnel doit signaler à son supérieur hiérarchique tous les comportements délictueux commis par les patients, résidents ou personnels, en application des codes civil et pénal,

Les professionnels qui ont connaissance d'un effet indésirable, grave ou non, sont tenus de le signaler immédiatement à leur supérieur hiérarchique et de remplir une fiche d'événements indésirables conformément au protocole établi.

Ils sont tenus de signaler à la Direction des Ressources Humaines leurs modifications d'adresse, de numéro de téléphone, de situation de famille pour la mise à jour des dossiers, de répondre à toute convocation de l'administration et de la médecine du travail et d'emprunter exclusivement les emplacements de parking prévus pour le stationnement des véhicules et respecter les règles de circulation.

### **Article 72 - La qualité de la tenue de service, hygiène et sécurité des soignants**

Dans l'exercice de ses fonctions, chaque agent doit faire preuve d'une conduite irréprochable et avoir une tenue correcte.

Tous les agents du Centre hospitalier doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Les agents travaillant dans les services de soins, les services techniques et logistiques, sont confrontés à des contraintes d'hygiène hospitalière ou de sécurité qui sont prévenues en partie par le port d'une tenue de travail obligatoire fournie par l'établissement qui doit être portée strictement sans ajout non validé. Ces tenues sont changées et mises au sale selon un calendrier arrêté.

Tous les travailleurs dont les activités mettent en jeu des agents biologiques pathogènes dans l'établissement disposent de tenues de travail spécifiques, changées chaque jour. Cette tenue garantit une protection contre tout liquide biologique et les risques de contamination.

Le Centre hospitalier assure gratuitement la fourniture et le blanchissage des vêtements de travail à tous les agents concernés qui, en contrepartie, doivent les porter pendant qu'ils sont en service.

S'agissant des chaussures, à l'exception de ceux bénéficiant de chaussures de sécurité mises à leur disposition, les agents des services concernés doivent utiliser une paire de chaussures sur leur lieu de travail, distincte de celle réservée à leur usage privé et présentant des garanties de prévention des chutes.

En dehors du temps de travail, les chaussures à usage professionnel doivent rester dans le vestiaire mis à leur disposition.

Avant l'envoi au blanchissage de la tenue, toutes les poches doivent être vidées pour éviter les accidents et l'endommagement des tenues.

Les badges d'identification permettant l'entrée des bâtiments sont fournis par l'établissement à chaque agent qui en est responsable. En cas de perte, il sera remplacé moyennant facturation.

Du matériel sécurisé est proposé aux soignants afin de limiter les accidents exposant au sang (AES) et tout autre type de contamination par contact direct

L'utilisation, le respect des protocoles d'hygiène et des procédures de soins garantissent la prise en charge des patients en toute sécurité.

Les professionnels sont formés à la gestion des risques infectieux rencontrés. La cellule hygiène de l'établissement est à l'écoute de tous les besoins spécifiques relatifs à la gestion du risque infectieux.

### **Article 73 - Assiduité et absence de l'agent**

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

En cas d'absence d'un agent, celui-ci doit immédiatement en informer son supérieur hiérarchique et adresser les pièces justificatives nécessaires à la direction dans les 48 heures afin d'organiser la continuité du service public.

### **Article 74 - Permis de conduire**

Tout agent amené à conduire un véhicule de l'établissement, doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

Durant sa conduite d'un véhicule de service, toute contravention au code de la route relevant de la faute personnelle détachable du service, l'agent doit payer lui-même ses amendes et encourir sa sanction pénale ou son retrait de points du permis de conduire.

### **Article 75 - L'économie**

Chaque agent doit travailler à l'hôpital avec un souci d'économie et de soin constant. Il doit éviter tout gaspillage et veiller à la bonne utilisation des produits et matériels mis à sa disposition.

Il est rigoureusement interdit de prélever à des fins personnelles de la nourriture, des médicaments, du matériel du service. Il s'agirait d'un vol passible d'une sanction pénale et disciplinaire.

Les denrées réputées être déchets, ne peuvent être sorties que sur bon des services économiques.

### **Article 76 - Danger grave et imminent et droit de retrait**

Sous réserve de la dispensation des soins liée à la spécialité psychiatrique, le salarié peut se retirer d'une situation de travail qui présente un caractère de danger grave - c'est-à-dire susceptible de produire un accident ou une maladie entraînant la mort ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou temporaire prolongée - et imminent - c'est-à-dire susceptible de se réaliser brutalement dans un délai rapproché. Est entendu par retrait la suspension temporaire de l'exécution de la tâche de travail.

Le cas échéant, le retrait doit s'effectuer de telle manière qu'il ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent.

Le salarié peut également, dans les mêmes conditions, ne pas prendre son poste de travail.

Le salarié doit immédiatement signaler à l'employeur ou à son représentant toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.

Pour sa part, le directeur ou son représentant ne peut demander au salarié de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant par exemple d'une

défectuosité du système de protection. Il doit, lorsque la nécessité l'impose, prendre les mesures adéquates et donner les instructions nécessaires pour permettre aux travailleurs, en cas de danger grave, imminent et inévitable, d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail.

### **Article 77 - Harcèlement**

Le directeur prend toutes les dispositions nécessaires en vue de s'assurer qu'aucun salarié, candidat à un recrutement, à un stage ou à une période de formation en entreprise ne puisse être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire directe ou indirecte pour avoir subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne.

De même, le directeur prend toutes les dispositions nécessaires en vue de s'assurer qu'aucun salarié, ayant témoigné de tels agissements ou les ayant relatés, ne puisse être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire.

Tout salarié ayant procédé à de tels agissements est passible d'une sanction disciplinaire.

### **Article 78 - Le pouvoir disciplinaire**

Le pouvoir disciplinaire appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination, en l'occurrence le directeur de l'établissement.

Toute faute commise par un fonctionnaire ou agent de droit public ou privé dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale.

La faute correspond à tout manquement du fonctionnaire ou agent à l'une de ses obligations.

Le fonctionnaire ou agent à l'encontre duquel une procédure disciplinaire est engagée a droit à la communication de l'intégralité de son dossier individuel et à l'assistance de défenseurs de son choix. L'administration doit informer le fonctionnaire de son droit à communication du dossier.

Pour le fonctionnaire, aucune sanction autre que l'avertissement et le blâme ne peut être prononcée sans consultation préalable d'un organisme siégeant en conseil de discipline dans lequel le personnel est représenté.

L'avis de cet organisme de même que la décision prononçant une sanction disciplinaire, doivent être motivés.

### **Article 79 - Utilisation du système d'information**

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel le Centre hospitalier spécialisé d'Ainay le Château met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. L'agent doit se conformer aux dispositions réglementaires et aux obligations légales liées aux données nominatives et médicales.

Il doit respecter les dispositions spécifiées dans les chartes de l'institution.

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de son utilisation.

## Section II - Qualité et gestion des risques

### Article 80 - Démarche qualité

Dans un souci d'amélioration continue de la sécurité, de l'accueil, des soins et des prestations offertes aux patients et résidents, l'établissement a mis en œuvre depuis 1985 une démarche qualité.

Elle contribue à mener une évaluation continue des différents processus de l'établissement, à porter un regard transversal sur son mode de fonctionnement et à favoriser la concertation et le dialogue entre les différentes catégories professionnelles.

La politique qualité et gestion des risques, élaborée par la direction, encourage l'ensemble du personnel de l'établissement à participer activement à la démarche d'amélioration continue. C'est en s'appuyant sur les personnes formées aux méthodes de la qualité en collaboration avec les personnes concernées par les questions traitées que le Service qualité et gestion des risques de l'établissement a pu se constituer.

En outre, une gestion électronique de documents (GED) permet à l'ensemble du personnel de disposer en continu de toutes les informations relatives à la qualité et à la gestion des risques.

### Article 81 - Démarches de certification

#### **❖ Certification HAS**

Un organigramme, un programme et une politique qualité et gestion des risques sont rédigés, mis à disposition de tous les personnels et suivis.

Les processus sont identifiés dans une cartographie.

La procédure de certification est une démarche obligatoire qui permet à l'établissement d'obtenir une appréciation extérieure, indépendante et objective sur son fonctionnement. Elle permet d'apprécier la dynamique de la démarche d'amélioration continue, de valoriser les actions d'évaluation entreprises, de vérifier la conformité de l'établissement en termes de dispositifs de sécurité.

Véritable outil de respect de la réglementation et de la mise en œuvre de progrès, la certification permet à l'établissement de s'auto-évaluer, de s'améliorer et de rendre compte de la qualité de son organisation aux usagers.

La procédure comporte plusieurs étapes :

- la rédaction d'un rapport d'auto-évaluation dans lequel l'établissement explique comment il satisfait aux critères du manuel de certification (référentiel).
- la visite des experts : ils évaluent si l'auto-évaluation réalisée par l'établissement reflète la réalité.
- la rédaction et la publication d'un rapport de certification par la Haute Autorité de Santé (HAS) disponible au public.

Un barème de cinq niveaux a été retenu. Il est déterminé à partir des décisions validées par l'instance délibérante de la HAS :

- Certification (aucune décision), valable pour 4 ans.
- Certification avec recommandation(s) (lorsque au moins une recommandation a été identifiée dans l'établissement) valable pour 4 ans avec un suivi par *un rapport de suivi* ou production d'*un plan d'actions* à échéance déterminée.
- Certification avec réserve(s) (lorsque au moins une réserve a été identifiée dans l'établissement) valable pour 4 ans avec exigence de suivi à échéance déterminée par un rapport de suivi.
- Décision de surseoir à la certification.

Deux cas sont possibles :

**1<sup>er</sup> cas** - Lorsqu'au moins une réserve majeure a été identifiée dans l'établissement, la Haute Autorité de Santé décide de surseoir à la certification. L'établissement ne sera certifié que s'il améliore significativement dans un délai fixé par la Haute Autorité de Santé les points ayant donné lieu à des réserves majeures. Le suivi est assuré par une visite de suivi

**2<sup>ème</sup> cas** - lorsqu'il y a un avis défavorable à l'exploitation des locaux (sécurité incendie exclusivement). L'avis sera levé à l'échéance fixée par la Haute Autorité de Santé si l'établissement communique un nouvel avis favorable ou à défaut un plan d'actions validé par les autorités de tutelles.

- Non-certification.

Deux cas sont possibles :

**1<sup>er</sup> cas** - En V2010, il est possible de ne pas certifier un établissement en première intention. La Haute Autorité de Santé a défini les critères qui serviront de base à une discussion autour d'une potentielle décision de non certification :

- au moins une réserve majeure,
- au moins la moitié des thématiques du manuel est impactée par une ou plusieurs décisions (notamment réserves ou réserves majeures),
- au moins 1/3 des pratiques exigibles prioritaires (PEP) est impacté par des réserves ou réserves majeures,
- au moins 1/3 des décisions V2 n'est pas suivi d'effet

**2<sup>ème</sup> cas** - Suite à une réserve majeure non suivie d'amélioration.

Dans le cas d'une proposition de non-certification, une rencontre est organisée avec les représentants institutionnels de l'établissement avant délibération de la commission.

La Haute Autorité de Santé examinera avec le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le directeur de l'établissement dans quel délai l'établissement peut se mettre en conformité et demander, avant l'expiration du délai de 4 ans suivant la dernière visite de certification, une nouvelle visite de certification. Parallèlement, la Haute Autorité de Santé en informe la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

La préparation de la visite des experts-visiteurs et notamment la rédaction de l'auto-évaluation nécessite l'implication des professionnels. Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, de l'accueil et des prestations offertes aux patients et résidents il est important que tout professionnel de l'établissement s'implique activement et volontairement dans la démarche qualité

## **Article 82 - Démarche de gestion des risques**

Le champ des risques au Centre hospitalier couvre les risques spécifiques liés aux activités médicales et de soins et les risques communs tels les risques professionnels, techniques et environnementaux.

Afin de garantir la sécurité des personnes et la qualité de ses activités, le Centre hospitalier d'Ainay le Château est engagé dans une démarche de gestion des risques a posteriori et a priori.

Dans un premier temps, suite à l'obligation faite aux établissements de santé de s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité, une approche sectorielle des risques s'est développée : ceci a conduit à des progrès importants dans la maîtrise de certains risques, comme le risque infectieux nosocomial, le risque lié aux produits de santé, le risque lié aux matériaux de soins ou les risques des circuits de restauration ou de blanchisserie.

### **Article 83 - Les outils de gestion des risques**

En vue de remplir les objectifs précités, les acteurs compétents en matière de gestion des risques ont à leur disposition différents outils de travail, à savoir :

- les fiches de signalement des événements indésirables : ce sont de véritables outils de retour d'expérience qui permettent de signaler un grand nombre d'incidents/accidents ou de presque-accidents dans les domaines des risques iatrogènes, nosocomiaux, professionnels, techniques et environnementaux. Suite à une analyse des retours de ces fiches, il est possible de procéder à une analyse a posteriori de certains événements sentinelles et/ou significatifs
- le document unique, outil qui s'inscrit dans la démarche de recensement et de prévention des risques professionnels de l'établissement et qui permet l'identification des sources de dangers, l'évaluation et la hiérarchisation des situations à risques. Les résultats de ce document sont utilisés pour la réalisation d'un plan d'action de mesures préventives
- les résultats d'EPP, d'audits et d'enquêtes dont le programme est établi annuellement et validé par le comité "qualité et gestion des risques"
- une cartographie des risques associés aux soins, évalués par niveau de criticité qui fait l'objet de mesures correctives permanentes
- les indicateurs de gestion des risques : ils permettent d'évaluer l'efficacité de la gestion des risques, font l'objet d'un suivi en comité « qualité et gestion des risques » et sont diffusés auprès des personnels
- depuis juin 2006, l'établissement dispose d'un Plan blanc qui inclut également un plan canicule

### **Article 84 - Démarche participative**

Tout personnel de l'établissement a pour mission de participer à la démarche qualité - gestion des risques. Son implication peut se traduire à différents niveaux :

- connaissance des procédures et de leurs mises à jour
- la mise en application des procédures
- la participation à des groupes de travail et de réflexion,
- la participation aux évaluations,
- le signalement des événements indésirables (accident, incident, problème organisationnel, etc...)
- le signalement des mécontentements et plaintes des patients et résidents,
- l'actualisation des documents de qualité et de gestion des risques,
- l'application des consignes et recommandations de la HAS ou normes ISO
- la mise en œuvre des démarches RABC (Risq Analysis BioContamination Control) et HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point).

## **Section III - Sécurité générale**

### **Article 85 - Obligations générales de sécurité**

Le directeur du Centre hospitalier prend toutes les dispositions nécessaires, en liaison avec les autorités administratives compétentes, en vue d'assurer aux agents, durant leur travail, des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique. De même, il aménage les locaux de manière à garantir la sécurité des travailleurs.



Le directeur est par ailleurs tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients, des résidents, de leurs accompagnants, des visiteurs ainsi que de tous les professionnels intervenants sur chaque site.

A cet effet, avec l'aide de ses adjoints, de la direction des soins et de tous les acteurs compétents en matière de sécurité, et sur la base d'une évaluation des risques, il définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Il informe régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

### **Article 86 - Finalité et portée des règles de sécurité**

Les règles de sécurité ont pour but de limiter les risques accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le centre hospitalier assure à ses usagers. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leurs outils de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers ou personnels.

En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le directeur édicte ces règles par voie de notes de service et notes d'information ayant valeurs normatives spécifiques et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes du droit.

Toute personne ayant pénétré dans l'établissement, quelle que soit la raison de sa présence, doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes hébergés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du directeur de site les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper (ex. Comité des Œuvres Sociales) appelés à occuper temporairement des locaux du Centre hospitalier.

### **Article 87 - Instructions en matière d'hygiène et de sécurité**

Conformément aux instructions qui lui sont données par le directeur, il incombe à chaque personnel, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de prendre soin de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail.

Tous les professionnels sont donc tenus de respecter les procédures, protocoles, recommandations et consignes en termes d'hygiène et de sécurité.

### **Article 88 - Rétablissement de conditions de travail sûres**

Le directeur peut, en cas de nécessité, faire appel à tout agent de tout grade ou fonction en vue de rétablir les conditions de travail protectrices de la sécurité et de la santé des salariés dès lors que celles-ci apparaissent compromises ou dégradées.

Le cas échéant, le directeur précise formellement et très clairement les modalités, ainsi que les conditions matérielles dans lesquelles les professionnels sont amenés à intervenir.

### **Article 89 - Mise à disposition et port des équipements de protection**

Conformément à la réglementation, le directeur met à disposition des salariés les équipements de travail et équipements de protection collective et individuelle nécessaires en vue de préserver leur santé et leur sécurité. Il s'assure également que ceux-ci soient correctement formés à l'utilisation de ces équipements.

Le personnel est tenu de porter les équipements de protection (lunettes, gants, casques, chaussures, etc...) correspondant à leur activité, tel que spécifié dans les fiches de postes, protocoles ou procédures. En cas de non-respect de cette obligation, l'agent se met en faute et est passible d'une sanction disciplinaire après un premier rappel.

Le directeur s'assure du respect de la réglementation concernant la protection du personnel contre les risques chimiques.

### **Article 90 - Circonstances exceptionnelles**

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en est informé, dans un délai compatible avec les circonstances, pour les matières relevant de sa compétence.

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

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

### **Article 91 - Plan blanc**

Le Centre hospitalier dispose d'un Plan blanc qui peut être activé par l'Agence Régionale de Santé(ARS). Dans ce cadre, le directeur assure notamment la sensibilisation de l'ensemble des personnels à la prévention et à la gestion de crise, la mise en place d'une organisation de gestion de crise, la mise en œuvre des formations adaptées, la désignation des « référents Plan blanc » dans chaque service ou pôle d'activité.

Le Plan blanc de l'établissement de santé s'intègre dans le Plan blanc élargi qui a vocation à construire, au niveau du Département, une coordination de l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un événement qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

### **Article 92 - Plan de pandémie**

Le Centre Hospitalier a prévu une organisation de soins en situation de pandémie.

## ❖ *Responsabilité et sécurité - Dispositions particulières*

### **Article 93 - Règles de responsabilité**

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

Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

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

Les victimes de dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel, en donnant, si elles le souhaitent, l'adresse du Centre hospitalier, pour éviter toute tentative de représailles de la part de l'agresseur. Le directeur en application du Code de Procédure Pénale (art.40) doit porter sans délai 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 94 - Hygiène et salubrité des bâtiments**

Le directeur s'assure que les sites et les locaux sont tenus dans un état constant de propreté et présentent les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel.

Dans ce cadre, il est rappelé qu'il est strictement interdit d'y fumer.

Le directeur s'assure que les locaux sont ventilés conformément à la réglementation relative à l'aération des locaux de travail.

De même, les bâtiments sont soumis à la réglementation relative aux caractéristiques phoniques des bâtiments et des équipements.

## ❖ *Sécurité incendie et risques techniques - Dispositions spécifiques*

### **Article 95 - Sécurité incendie**

Les différents sites sont assujettis aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public. Les dispositions législatives relatives aux installations classées pour la protection de l'environnement sont appliquées à certaines de ces installations (dépôt de liquide inflammable, de produits radioactifs, etc...).

Il est tenu un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité incendie.

Ce registre de sécurité classé aux Services techniques est présenté à la Commission de Sécurité lors de ses passages au sein du site.

### **Article 96 - Sécurité des fluides**

#### *\*Risque électrique*

Le Centre hospitalier dispose conformément à la réglementation de dispositifs de secours électriques lui permettant de garantir une alimentation électrique en cas de défaillance du réseau électrique.

Le directeur s'assure de la vérification régulière de leur fonctionnement conformément à la réglementation.

\* Eau chaude sanitaire

Pour prévenir le risque lié aux légionnelles, des mesures sont mises en œuvre en lien avec le CLIN concernant :

- la conception et la maintenance des installations de distribution de l'eau
- les règles de nettoyage et de désinfection des installations de distribution de l'eau
- les modalités de surveillance de ces installations et les actions préconisées
- les modalités de prélèvement pour la recherche de légionnelles
- le signalement et la notification des légionelloses

Le responsable des services techniques tient à jour le livret sanitaire.

### **Article 97 - Interdiction de fumer**

Le Centre hospitalier est un lieu public et conformément aux dispositions du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006, l'interdiction de fumer est totale dans l'ensemble des bâtiments de l'établissement. Dans les espaces extérieurs, une politique incitative est menée.

### **Article 98 - Continuité de service**

La continuité de service sur le plan technique est organisée par la direction par l'intermédiaire d'un personnel du service technique de permanence 24h/24h. Cette continuité de service fait l'objet mensuellement d'un tableau de garde des services techniques et du service transport.

Cela doit permettre de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du site.

## ***❖ Circulation et stationnement des automobiles au sein de l'établissement***

### **Article 99 - Nature de la voirie hospitalière**

Les voies de desserte et les parcs de stationnement automobile situés dans l'enceinte hospitalière, ainsi que dans les structures extra-hospitalières constituent des dépendances du domaine privé du Centre hospitalier d'Ainay le Château. Ouverts seulement aux personnels et aux usagers de l'hôpital, ils ne peuvent être regardés comme des voies d'accès à la circulation publique et au stationnement.

### **Article 100 - Réglementation de l'accès**

Il existe un plan général de circulation et de stationnement.

Le directeur se réserve le droit de réglementer l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public, sa maintenance et sa protection.

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules.

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

### **Article 101 - Signalisations et sanctions**

Tous les automobilistes empruntant les voies de circulation sont tenus de se conformer aux règles du code de la route. Ceci implique le strict respect des signalisations et marquages au sol, ainsi que des limitations de vitesse.

Le comportement des automobilistes au sein de l'établissement, doit tenir compte de la présence de personnes handicapées.

### **Article 102 - Contrôle d'accès : Dispositions générales**

L'accès au site hospitalier central est strictement réservé aux usagers de l'établissement, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs, ainsi qu'à toutes les personnes appelées à y intervenir dans le cadre de leur activité professionnelle.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux.

Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

### **Article 103 - Accès du personnel : dispositions particulières**

Le personnel est autorisé à accéder à l'établissement pendant les horaires de travail habituelles - horaires de bureau ou postées selon l'activité exercée.

Pendant son temps de travail, le personnel est autorisé à se rendre dans tous les lieux requis par les nécessités de service ainsi qu'aux sanitaires et aux vestiaires.

De même le personnel est autorisé à circuler dans l'établissement en dehors de ses horaires de travail pour toutes les activités extra-professionnelles organisées par le Centre hospitalier ou le Comité d'Entreprise.

Le directeur se réserve le droit de modifier, à tout instant, les conditions d'accès.

### **Article 104 - Accès des entreprises extérieures - dispositions particulières**

Lors d'intervention d'entreprises extérieures sur un des sites du Centre hospitalier d'Ainay le Château, le directeur, en tant que chef de l'entreprise utilisatrice, est tenu d'assurer la coordination générale des mesures de prévention. Il doit notamment prévoir :

- une inspection commune des lieux de travail, des installations et du matériel préalablement à l'exécution de l'opération,
- une analyse des risques et l'établissement et l'adoption d'un plan de prévention adapté,
- l'établissement écrit d'un plan de prévention avant le commencement des travaux si le nombre d'heures de travail de l'entreprise extérieure est supérieur à 400 heures/an ou s'il s'agit de travaux dangereux.

D'autre part, le directeur se doit :

- de s'assurer, pendant l'exécution des travaux, du respect des mesures décidées et de coordonner les nouvelles mesures si nécessaire,
- de mettre à la disposition des salariés de l'entreprise extérieure des installations sanitaires, des vestiaires et des locaux de restauration.

### **Article 105 - Rapports avec l'autorité judiciaire**

Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance et l'avise en cas de mort violente ou suspecte.

### **Article 106 - Rapports avec les autorités de police ou de gendarmerie**

Seul le directeur, ou en cas d'absence, la personne d'astreinte administrative visée à l'article 4, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police ou de gendarmerie.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police ou de gendarmerie, l'autorité de police ou de gendarmerie appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

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

## **Chapitre IV - Dispositions relatives au règlement intérieur**

### **Article 107 - Approbation du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est arrêté par le Directoire de l'Établissement et soumis, pour avis, au Comité Technique d'Établissement et à la Commission Médicale d'Établissement.

Par ailleurs, il est soumis au Conseil de Surveillance en respectant les mêmes formes de validation.

### **Article 108 - Mise à disposition du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès du Bureau des admissions.

Par ailleurs, le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de chacun des personnels et des patients de chaque service de soin de l'établissement (auprès du cadre de santé). Nul membre du personnel n'est censé en ignorer les dispositions.

Certaines de ces dispositions sont précisées dans les divers livrets d'accueil ou dans le système documentaire de l'Établissement.

### **Article 109 - Mise à jour du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur fait l'objet d'une mise à jour, en tant que de besoin, si des textes nouveaux, le modifiant au fond, sont publiés. Une mise à jour peut également être demandée par l'une des instances consultatives de l'établissement.

Enfin, à compter de sa validation, le règlement intérieur est soumis pour relecture aux instances tous les deux ans.