



Centre Hospitalier
ERDRE ET LOIRE

RÈGLEMENT INTÉRIEUR



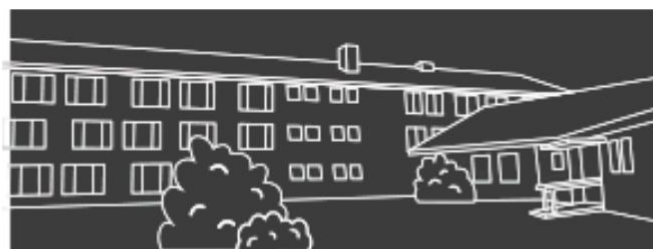
SITE ANCENIS



SITE CANDÉ




SITE OUDON



SITE VARADES

2025

	Règlement Intérieur	Mot(s) clé	Règlement intérieur
	Règlement Intérieur du Centre Hospitalier Erdre et Loire	Version	2025-V1
		Visa Qualité	Oui/Non
		Page	1 sur 76

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement des différentes structures de l'établissement, afin de garantir le respect des droits et obligations des patients et des résidents, ainsi que ceux du personnel et de toute personne extérieure à l'établissement.

Il est complété par toutes dispositions portant règlement intérieur de structures hospitalières ou d'activités spécifiques, tels que les différentes chartes ou règlement spécifiques applicables le cas échéant dans divers secteurs, pôles ou service de l'établissement.

Conformément à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur du centre hospitalier, arrête le règlement intérieur et veille à l'exécution de ce dernier.

Sauf dispositions contraires mentionnées expressément, le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble des structures et services composant le centre hospitalier Erdre et Loire.

Considérant la consultation du comité technique d'établissement, réalisée lors des séances de 2015 ;
Considérant la consultation du Comité Social d'Etablissement réalisée pour la mise à jour du présent règlement intérieur **en séance du 16 Octobre 2025** ;

Considérant la consultation de la Commission des Soins Infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, réalisée pour la mise à jour du présent règlement intérieur **en séance du 4 décembre 2025** ;

Considérant la consultation de la Commission Médicale d'Etablissement, réalisée pour la mise à jour du présent règlement intérieur en **séance du 9 décembre 2025** ;

Considérant l'avis du conseil de **surveillance du 15 décembre 2025** ;

Le directeur du centre hospitalier Erdre et Loire arrête le règlement intérieur suivant :

Introduction	8
Chapitre 1 : Organisation générale du Centre Hospitalier Erdre et Loire	9
1.1 Statut juridique	9
1.2 Missions	9
1.3 Organisation administrative : Gouvernance et instances	9
1.3.1 Organe de surveillance : le Conseil de surveillance	9
1.3.2 Organes de décision : le directeur.....	10
1.4.3 Organe de concertation : le directoire	11
1.4.4 Organes de consultation	11
1.4 Organisations spécifiques et transversales	15
1.5 Organisation territoriale.....	15
1.6 Organisation des soins.....	15
1.6.1 Permanence des soins et fonctionnement médical	16
1.6.2 Organisation des services de soins.....	16
1.6.3 Coordination des soins dispensés aux patients.....	16
1.6.4 La Pharmacie à Usage Intérieur.....	16
1.6.5 Département d'Information Médicale	17
Chapitre 2 : Dispositions relatives aux patients	19
2.1 Principes généraux.....	19
2.1.1 Droit à la prévention et aux soins.....	19
2.1.2 Principe de libre choix du patient.....	19
2.1.3 Accès aux soins des personnes démunies.....	19
2.2 Consultations	19
2.2.1 Consultations et soins externes	19
2.2.2 Consultations en service de Protection maternelle et infantile.....	20
2.3 Activité libérale des médecins du centre hospitalier	20
2.3.1 Principes d'organisation de l'activité libérale	20
2.3.2 Exercice de l'activité libérale et service public hospitalier.....	20
2.4 Accueil et admission en hospitalisation.....	21
2.4.1 L'accueil des patients	21
2.4.2 Transfert après premier secours	21
2.4.3 Livret d'accueil et questionnaire de sortie	21
2.4.4 Compétences du directeur en matière d'admission	21
2.4.5 Pièces à fournir lors de l'admission.....	21
2.4.6 Dépôt et restitution de biens et de valeurs.....	22
2.4.7 Information de la famille – personne à prévenir – secret de l'admission.....	23
2.4.8 La personne de confiance.....	23

2.4.9	Les directives anticipées.....	23
2.4.10	Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation	24
2.4.11	Admission programmée	24
2.4.12	Admission directe dans un service.....	24
2.4.13	Admission à la suite d'un transfert.....	24
2.5	Accueil et admission en urgence.....	25
2.5.1	Organisation de la prise en charge en urgence.....	25
2.5.2	Cas des patients amenés par la gendarmerie	25
2.5.3	Inventaire à l'admission	25
2.5.4	Information sur les patients hospitalisés en urgence	26
2.6	Dispositions particulières à certains patients.....	26
2.6.1	Dispositions relatives aux mineurs.....	26
2.6.2	Dispositions relatives aux femmes enceintes	29
2.6.3	Dispositions relatives aux militaires.....	30
2.6.4	Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux ou aux majeurs protégés	30
2.6.5	Dispositions relatives aux auditions de patients par la police, aux patients gardés à vue et aux détenus.....	30
2.6.6	Autres cas particuliers d'admission.....	31
2.7	Soins et informations sur les soins.....	33
2.7.1	Accessibilité – libre choix.....	33
2.7.2	Qualité de l'accueil, des traitements et des soins.....	34
2.7.3	Information accessible et loyale.....	34
2.7.4	Consentement libre et éclairé	35
2.7.5	Consentements spécifiques – Dons d'organes et de tissus	37
2.8	Les conditions de séjour du patient hospitalisé	39
2.8.1	Règles générales.....	39
2.8.2	Respect de la personne et de son intimité.....	40
2.8.3	Dépôts des sommes d'argent, des titres et valeurs, de moyens de règlement.....	40
2.8.4	Médicaments apportés par le patient.....	41
2.8.5	Les repas.....	41
2.8.6	Le déplacement des hospitalisés dans l'établissement.....	41
2.8.7	Les perturbations causées par un patient.....	41
2.8.8	Autorisation de sortie.....	41
2.8.9	La Liberté de culte	42
2.8.10	Missions du service social des patients.....	42
2.8.11	Prestataires de service au sein du CHEL.....	42
2.8.12	Interdiction des pourboires.....	42
2.8.13	Courrier.....	42

2.8.14	Animaux domestiques	43
2.8.15	Téléphone	43
2.8.16	Usages des téléviseurs	43
2.8.17	Respect des professionnels	43
2.9	Accès aux personnes extérieures à l'établissement	44
2.9.1	Visites	44
2.9.2	Recommandations aux visiteurs	44
2.9.3	Stagiaires extérieurs	45
2.9.4	Associations de bénévoles	45
2.9.5	Accès des professionnels de la presse et des autres médias	45
2.9.6	Accompagnements privés	46
2.9.7	Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs	46
2.9.8	Intervention des notaires	46
2.10	Confidentialité des informations	46
2.10.1	Le secret à l'hôpital	46
2.10.2	Accès aux informations concernant directement le patient hospitalisé	47
2.11	Le patient hospitalisé peut s'exprimer	50
2.11.1	Droits civiques	50
2.11.2	Droit à l'information	50
2.11.3	Traitement des plaintes et des réclamations, voies de recours	50
2.11.4	La médiation	51
2.11.5	Représentants des usagers	51
2.12	Dispositions relatives aux frais de séjour	52
2.12.1	Informations sur les restes à charge de l'assuré au cours d'une hospitalisation	52
2.12.1	Tarifs des consultations externes	52
2.12.2	Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale	52
2.12.3	Tarifs des prestations de séjour	52
2.12.4	Forfait journalier	52
2.12.5	Paiement de frais de séjour et provisions	53
2.13	Sortie des patients	53
2.13.1	Décision de sortie	53
2.13.2	Modalités de sortie	53
2.13.3	Sortie contre avis médical	53
2.13.4	Sortie à l'insu du service	54
2.13.5	Sortie sans avis médical	54
2.13.6	Sortie des nouveau-nés	54
2.14	Dispositions relatives aux décès	54
2.14.1	Attitude à suivre à l'approche du décès	54

2.14.2	Annonce du décès	54
2.14.3	Formalités entourant le décès.....	55
2.14.4	Indices de mort violente ou suspecte	55
2.14.5	Dépôt des corps.....	55
2.14.6	Transport de corps avant mise en bière.....	55
2.14.7	Prise en charge administrative des morts fœtales in utéro et fausses couches tardives	56
2.14.8	Don du corps	56
2.14.9	Liberté des funérailles – Dispositions testamentaires	56
Chapitre 3 : Dispositions relatives à la démarche qualité – Gestion des risques - Sécurité et hygiène.....		57
3.1	Politique et démarche Qualité	57
3.1.1	Mise en œuvre de la démarche qualité	57
3.1.2	L'organisation de la démarche	57
3.2	La gestion des risques.....	58
3.2.1	Conditions générales	58
3.2.2	Organisation des vigilances sanitaires.....	58
3.3	Nature et finalités des règles de sécurité	59
3.4	Opposabilité des règles de sécurité	59
3.5	Accès au centre hospitalier	59
3.5.1	Conditions d'accès.....	59
3.5.2	Circulation et voiries.....	60
3.5.3	Stationnement.....	60
3.5.4	Espaces verts	60
3.6	Matériels de sécurité générale.....	60
3.7	Atteintes au bon fonctionnement – Règles de responsabilité.....	61
3.8	Sécurité et protection des personnels	61
3.9	Relations avec l'autorité judiciaire.....	61
3.10	Relations avec les autorités de gendarmerie.....	61
3.11	Circonstances exceptionnelles	62
3.12	Astreintes techniques	62
3.13	Les gardes administratives	62
3.14	Sécurité anti-incendie.....	63
3.15	Interdiction de fumer et de « vapoter »	63
3.16	Organisation en cas de crise : Plan Blanc	64
3.17	Sécurité du système d'information.....	64
Chapitre 4 : Dispositions relatives au personnel		65
4.1	Droits et expression des professionnels	65
4.1.1	Liberté d'opinion – non-discrimination.....	65

4.1.2	Protection organisée des professionnels	65
4.1.3	Protection contre le harcèlement	65
4.1.4	Droit d'accès à son dossier administratif	65
4.1.5	Le droit à la formation et au développement professionnel continu	66
4.1.6	Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail.....	66
4.1.7	Droit syndical.....	66
4.1.8	Droit de grève.....	66
4.1.9	Droit d'expression interne.....	66
4.1.10	Droit de retrait.....	67
4.1.11	La protection contre les actes de violence et d'harcèlement	67
4.1.12	Le droit à l'image	67
4.2	Principes fondamentaux liés au respect du patient	67
4.2.1	Demandes d'informations.....	67
4.2.2	Secret professionnel.....	67
4.2.3	Obligation de réserve et de discrétion professionnelle	68
4.2.4	Respect de la liberté de conscience et d'opinion.....	68
4.2.5	Sollicitude envers les patients et les résidents.....	68
4.2.6	Identification vis-à-vis des interlocuteurs	69
4.2.7	Promotion de la bientraitance	69
4.2.8	Accueil et respect du libre choix des familles	69
4.3	Obligations des personnels au titre de l'exercice de leur fonction	69
4.3.1	Exécution des instructions reçues.....	69
4.3.2	Obligation de désintéressement	70
4.3.3	Interdiction d'exercer une activité privée lucrative	70
4.3.4	Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	70
4.3.5	Travail en équipe pluridisciplinaire	70
4.3.6	La continuité du service public et l'absence d'un professionnel	70
4.3.7	Règles de comportement	71
4.3.8	Assiduité et ponctualité.....	71
4.3.9	Information du supérieur hiérarchique.....	71
4.3.10	Obligation de signalement	71
4.3.11	Audition en justice ou auprès des autorités de police	72
4.3.12	Bon usage des biens du centre hospitalier.....	72
4.3.13	Bonne utilisation du système d'information.....	72
4.3.14	Le respect de la politique d'affichage	73
4.3.15	Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients et résidents, ou trouvés au sein du centre hospitalier.....	73
4.3.16	Respect des règles d'hygiène et de sécurité	73
4.3.17	Exigence d'une tenue correcte.....	73

4.3.18	Usage du téléphone portable personnel.....	73
4.3.19	L'usage du tabac, le vapotage et les autres produits.....	74
4.3.20	L'utilisation des clés.....	74
4.3.21	Discipline	74
Chapitre 5 : Procédure de diffusion et de modification du Règlement Intérieur		75
5.1	Diffusion du RI	75
5.2	Procédure de modification du RI	75

Introduction

Le centre hospitalier Erdre et Loire est le résultat de la fusion en 2017 du centre hospitalier (Francis Robert) d'Ancenis dont un EHPAD, et de 3 autres sites dont l'EHPAD d'Oudon, l'EHPAD de Varades et le site de Candé.

Son siège est situé : 160, rue du Verger à Ancenis-Saint-Géréon.

Le site d'Ancenis est un établissement relevant du secteur sanitaire, de type pavillonnaire composé :

- D'un bâtiment central regroupant :
 - Un accueil des urgences 24h/24 avec une antenne SMUR, 4 et une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)
 - Un plateau de radiologie équipé d'un scanner
 - Un plateau de consultations
 - Une filière médecine comprenant 2 unités de médecine polyvalente, une unité de court séjour gériatrique, une unité de médecine ambulatoire et des lits dédiés aux soins palliatifs, une équipe mobile de gériatrie et une équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs,
 - Un bloc opératoire comprenant des salles d'intervention et une stérilisation,
 - Une filière chirurgicale de proximité comprenant une unité de chirurgie ambulatoire et une unité de chirurgie conventionnelle
 - Une maternité de niveau 1, labellisée « Hôpital ami des bébés »,
 - Une pharmacie à usage intérieur
 - Une antenne prévention et dépistage
 - Un centre de santé sexuelle
- D'un bâtiment spécifique abritant un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR).
- D'un bâtiment spécifique, nommé Les Corolles, abritant une unité de soins de longue durée (USLD) et un Etablissement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Une cuisine centrale, lieu de production des repas pour les patients et l'ensemble de professionnels
- Une blanchisserie industrielle dont le bâtiment et la production sont gérés par un GIP
- Bâtiments annexes : service technique, service des lingères, une crèche, une maison médicale de garde, un bâtiment d'accueil pour l'écho-dialyse, studios de médecins...

Depuis la fusion, le Centre hospitalier gère également 3 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes situés dans différentes communes :

- Le site d'Oudon - Résidence du Havre – EHPAD
- Le site de Varades - Résidence du Dauphin – EHPAD situé sur la commune de Loireauxence
- Le site de Candé - Résidence Saint Jean – EHPAD situé en Maine et Loire comprenant une Unité pour Personnes Agées Désorientées (UPAD) et un accueil de jour
Ce site comprend également un service des soins médicaux et de réadaptation.

Les EHPAD disposent d'un règlement de fonctionnement spécifique.

Chapitre 1 : Organisation générale du Centre Hospitalier Erdre et Loire

1.1 Statut juridique

Le centre hospitalier Erdre et Loire est un établissement public de santé régi par les dispositions du Code de la santé publique.

Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière (article L6141-1 du CSP).

1.2 Missions

Le centre hospitalier Erdre et Loire (CHEL) exerce les missions d'un hôpital d'appui de premier recours au sein de son territoire.

Le CHEL a pour missions :

- de fournir à la population des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, ainsi que les examens diagnostiques qui lui sont nécessaires
- de délivrer dans ce cadre, avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus
 - des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien
- de participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux dans le cadre défini par l'agence régionale de santé
- de participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Le Centre hospitalier assure l'accueil de patients en urgence 24h/24 et abrite un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), antenne du CHU de NANTES, qui peut être déclenché en journée. Il est tenu d'assurer la continuité du service de jour, de nuit et en urgence.

Le centre hospitalier Erdre et Loire respecte les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service. Il accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite, sans aucune forme de discrimination. Quelles que soient les circonstances, l'établissement doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, soit dans une autre structure de soins. Les personnels de l'établissement dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Il se soumet aux procédures d'évaluation externe de sa qualité, prévues par les lois et règlements.

1.3 Organisation administrative : Gouvernance et instances

1.3.1 Organe de surveillance : le Conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est une instance obligatoire. Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle

permanent de la gestion de l'établissement. Il se prononce par délibération ou par avis sur les matières définies par le code de la santé publique. Il est également informé dans les domaines déterminés par le code de la santé publique.

Au titre de la stratégie de l'établissement, le conseil de surveillance délibère sur : le projet d'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que sur le programme d'investissement, les conventions à intervenir avec les syndicats hospitaliers, la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire, les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Au titre du contrôle de la gestion de l'établissement, il délibère sur le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement, les conventions à intervenir, de manière directe ou indirecte, entre l'établissement et les membres du directoire ou du conseil de surveillance, la nomination du commissaire aux comptes lorsque les comptes de l'établissement sont soumis à certification

Enfin, le conseil de surveillance est obligatoirement consulté sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des risques, 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.

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges d'effectif égal :

- 3 représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ;
- 3 représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques
- 3 personnalités qualifiées.

Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par voie réglementaire.

1.3.2 Organes de décision : le directeur

Le directeur conduit la politique générale de l'établissement.

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement, à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance par application des dispositions du code de la santé publique. Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le directeur après concertation avec le directoire.

Il préside le directoire.

Il participe aux séances du conseil de surveillance, et exécute ses délibérations.

Il dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professionnels de santé dans l'administration des soins. Il est le garant de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Il est assisté par une équipe de directeurs adjoints qui sont responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel déterminé en application de l'organigramme de direction. Le directeur peut accorder des délégations de signature dans le respect des formes juridiques requises. Il peut également se faire représenter.

Il est nommé par arrêté du directeur général du Centre national de gestion.

1.4.3 Organe de concertation : le directoire

Le directoire est une instance collégiale qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Le directoire est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants.

Le directoire, à majorité médicale et pharmaceutique, a pour mission de veiller à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et avec l'ensemble du projet d'établissement. Il approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la gestion de l'établissement.

Le directoire est composé de 9 membres :

- 3 membres de droit :
 - le directeur, qui préside le directoire
 - le président de la commission médicale d'établissement, qui est vice-président du directoire
 - le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques ;
- 6 membres nommés et, le cas échéant révoqués par le directeur, selon les modalités fixées réglementairement.

1.4.4 Organes de consultation

1.4.4.1 La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration 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. Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

La commission médicale d'établissement constitue également une instance consultative à part entière qui est à la fois consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement (organisation, investissements, financement). Le champ des matières sur lesquelles elle est informée ou pour lesquelles elle dispose d'une compétence consultative est défini par le code de la santé publique.

Sur la base des dispositions nouvelles du décret n°2013-841 du 20 septembre 2013, la CME est consultée sur les matières suivantes au titre des compétences communes avec le CSE et la CSIRMT :

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

La CME est également consultée sur :

- Le projet médical d'établissement
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- La politique de recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- La politique de formation des étudiants et internes
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques

- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La commission médicale d'établissement dispose de son propre règlement intérieur.

La CME dispose de sous-commissions, classées en deux catégories pour répondre aux missions de la commission médicale d'établissement définies par le Code de santé publique :

- Sous-commissions contribuant à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :
 - la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
 - les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
 - la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
 - la prise en charge de la douleur
 - le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.
- Sous-commissions contribuant à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :
 - la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
 - l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées
 - l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
 - le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité
 - l'organisation des parcours de soins.

A ce titre, la CME dispose de plusieurs sous-commissions spécifiques qui sont consultés dans leur domaine d'expertise :

- **le CLAN** : Le comité de liaison en alimentation et nutrition. Il a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition.
- **le CLUD SP** : le Comité de Lutte contre la Douleur et Soins Palliatifs. Il a pour mission de définir une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Il vise à améliorer la prise en charge de la douleur, l'accompagnement en soins palliatif et coordonner l'ensemble de actions. Il aide au développement de la formation continue.
- **La COPS** : la commission d'organisation de la permanence des soins définit annuellement l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité, donne son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence de soins, donne son avis sur les conventions de coopération pour le territoire et établit un bilan annuel.
- **Le COMEDIMS** : le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles élabore un programme d'actions en matière de bon usage des médicaments, contribuant au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et de la qualité du circuit des dispositifs médicaux stériles.
- **La commission de l'activité libérale** : Elle est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des

stipulations des contrats des praticiens.

- **Le CSTH** : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance. Dispositif de surveillance, de vigilance et d'amélioration de la sécurité des patients transfusés dans l'établissement.

En complément, il existe **l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène**, chargée d'organiser la prévention des infections nosocomiales par des missions et des actions d'information, d'organisation et de coordination et de surveillance continue.

1.4.4.2 Le Comité Social d'Etablissement (CSE)

Le comité social d'établissement assure la représentation des personnels non médicaux de l'établissement. Il est présidé par le directeur, ou son représentant membre du corps des personnels de direction.

Il est consulté ou informé sur les matières relatives au fonctionnement de l'établissement, dans les conditions définies par le code de la santé publique.

Le CSE est consulté sur les matières suivantes au titre des compétences communes avec la CME et la CSIRMT :

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

Le CSE dispose de son propre règlement intérieur.

Instauré depuis 2021, le CSE comprend une sous-commission nommée « Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail (F3SCT) ». Elle contribue à la protection de la santé et de la sécurité des personnels, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises prestataires extérieures, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

1.4.4.3 La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT)

La CSIRMT est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques,
- L'organisation générale des soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques ainsi que l'accompagnement des malades,
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers,
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques,
- La politique de développement professionnel continu.

La CSIRMT est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement,
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L6146-2 sur le contrat conclu entre les professionnels participant aux missions de l'établissement et l'établissement de santé,
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques est consultée pour avis ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins dans les conditions fixées par le code de la santé publique. Ses compétences portent également sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, préside la commission des soins.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques dispose de son propre règlement intérieur.

1.4.4.4 La Commission des Usagers (CDU)

Sa mission principale est de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de leur prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes.

Les avis et recommandations contribuent à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers et de leurs proches. A ce titre, la commission examine au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire les réclamations adressées à l'hôpital.

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité.

Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

La composition de cette commission avec les coordonnées des représentants des usagers est affichée à chaque entrée de service.

1.4.4.5 Le Conseil de Vie Sociale

Conformément à l'article L311-6 du Code de l'Action et des familles, il est institué un CVS afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement.

Le Conseil de Vie Sociale est une instance propre au secteur médico-social (article D311-3 du CASF). Le CHEL a fait le choix d'instituer un CVS au sein de chaque EHPAD.

Il donne son avis sur :

- L'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- L'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour,
- Les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques,
- La nature et le prix des services rendus,
- L'affectation des locaux collectifs,
- L'entretien des locaux,
- Les projets de travaux et d'équipements, le relogement en cas de travaux,
- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de la résidence, sur l'évolution des réponses à apporter. Il est associé à la démarche d'amélioration de la qualité.

La direction est tenue de consulter le CVS lors de sa démarche d'évaluation de la qualité des prestations.

Le CVS est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la modification du projet de structure de la résidence (projet de structure faisant parti du projet d'Etablissement du CHEL), du règlement de fonctionnement, du livret d'accueil et est invité à participer au processus d'élaboration des projets de la résidence.

Au-delà de la consultation, il s'agit de promouvoir et co-construire une dynamique participative et d'associer les résidents aux décisions prises à leur égard.
Chaque CVS a son propre règlement intérieur.

1.4 Organisations spécifiques et transversales

Dans le cadre de sa gouvernance, le CHEL est structuré en différentes organisations spécifiques et transversales.

Plusieurs comités de pilotage (COPIL) ou groupes de travail sont en place (Cf. Schéma en annexe)

1.5 Organisation territoriale

Conformément à l'article L6132-1 du CSP, « Chaque établissement public de santé est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire ».

A ce titre, le CHEL a intégré le Groupement Hospitalier de territoire de Loire-Atlantique : GHT 44. Le CHU de Nantes est l'établissement support du GHT.

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements, notamment les achats et le système d'information.

1.6 Organisation des soins

Organisation en pôles d'activités cliniques ou médicotechniques

Conformément à l'article L6146- du CSP, l'établissement définit librement son organisation interne pour l'accomplissement de ses missions.

L'hôpital est organisé en pôles d'activité médicaux et médicotechniques, selon une organisation définie par le directeur en concertation avec le directoire, conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

L'organigramme des pôles est joint en annexe.

Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle. Ils peuvent comporter des structures internes (services, unités fonctionnelles).

Le praticien chef de pôle est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions élaborée par le président de la CME. Le praticien chef de pôle est nommé pour une durée de quatre ans renouvelable.

Le praticien chef de pôle est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle dans le cadre du contrat annuel passé avec la direction. Le contrat de pôle décrit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués au pôle. Il est assorti d'indicateurs de résultat, qui permettent d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Le praticien chef de pôle est assisté des chefs de service, responsables de structures internes. Les praticiens chef de service sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle et du président de CME.

Le chef de service peut être assisté d'un praticien chef de service adjoint et de responsables médicaux

pour certaines unités fonctionnelles.

1.6.1 Permanence des soins et fonctionnement médical

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence. Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens à temps complet ou partiel, assistants, praticiens attachés) :

- Assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, (visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens)
- Participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades ou blessés en urgence.

La sous-commission chargée de la permanence des soins définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité.

1.6.2 Organisation des services de soins

Les services de soins accueillent les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations.

Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure l'encadrement des équipes paramédicales. Il contrôle la qualité des soins, la prise en charge des patients, la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations, ainsi que les autres activités de l'équipe.

L'équipe pluri professionnelle (infirmiers, manipulateurs de radiologie, kinésithérapeutes, aides-soignants, auxiliaires de puériculture) accomplit les soins relationnels, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins d'hygiène nécessaires au confort du malade, dans le respect de la réglementation en vigueur. Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture sont sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation.

1.6.3 Coordination des soins dispensés aux patients

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

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients.

Les soins peuvent également faire l'objet d'une démarche de coopération entre les professionnels de santé.

1.6.4 La Pharmacie à Usage Intérieur

Conformément à l'article L5126-3 du code de la santé publique, la gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Celui-ci est responsable du respect des dispositions du code de la santé publique ayant trait à l'activité pharmaceutique.

Conformément à l'article L5126-3 du code de la santé publique, les pharmaciens exerçant au sein de la pharmacie doivent exercer personnellement leur profession. Ils peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie hospitalière (article L4241-13 du code de la santé publique).

La pharmacie à usage intérieur doit fonctionner conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

Conformément à l'article L5126-1 du code de la santé publique, la pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement. A ce titre, elle a pour missions :

- D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la délivrance des médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que des dispositifs médicaux stériles, et d'en assurer la qualité,
- De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours à ces produits et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les professionnels et en y associant le patient,
- D'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels sur ces produits, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- D'exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité,
- De renouveler les prescriptions des patients pris en charge par l'établissement et de les adapter, dans le respect d'un protocole, pour certaines pathologies,
- De pouvoir prescrire et administrer certains vaccins pour les personnes prises en charge dans l'établissement et les personnels exerçant au sein de celui-ci.

Enfin, conformément à l'article L5126-4 du code de la santé publique, la pharmacie à usage intérieur peut, pour des raisons de santé publique, dans l'intérêt des patients, dispenser des médicaments aux patients non hospitalisés, selon une liste de rétrocession.

1.6.5 Département d'Information Médicale

Dans le respect du secret médical et des droits des patients, les établissements de santé mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins (article L6113-7 du code de la santé publique).

Pour l'analyse de leur activité médicale, les établissements de santé procèdent à la synthèse et au traitement informatique de données figurant dans le dossier médical qui sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin responsable de l'information médicale de l'établissement (article R6113-1 du code de la santé publique).

En ce sens, le Département d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers, dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce service est placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier responsable de l'information médicale de l'établissement.

Le Département d'information médicale aide les services médicaux à produire et transmettre les résumés de sortie.

Il s'assure, auprès des médecins responsables, de la qualité des données, de leur cohérence avec le dossier médical du patient, de leur vraisemblance et de leur exhaustivité.

Il veille à la confidentialité des données concernant le patient, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Il code les informations dans le cas d'un système de codage centralisé, impulse et contrôle la mise en place des outils d'aide au codage. Il procède à la classification en groupes homogènes de malades pour l'ensemble de l'établissement ainsi que, le cas échéant, à toute autre classification spécifique aux services.

Il analyse l'information ainsi traitée à l'usage des services producteurs, de la commission médico-soignante et de la direction de l'établissement.

Il fournit, aux responsables de service et de pôle, les données médicales qui serviront de base au rapport relatif à l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement.

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux patients

2.1 Principes généraux

2.1.1 Droit à la prévention et aux soins

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination.

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.

Le patient a également des devoirs, celui notamment de fournir toute pièce justificative permettant d'établir son identité et de connaître ses droits (pièce d'identité, couverture sociale, régime et mutuelles notamment).

Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas être réalisés par une obstination déraisonnable.

2.1.2 Principe de libre choix du patient

Conformément à l'article L1110-8 du CSP, le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel du centre hospitalier. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la sécurité sociale.

Les patients ne peuvent récuser un agent ou la présence d'un autre usager pour des motifs qui seraient justifiés par leurs convictions personnelles. Les patients ne peuvent non plus exiger une adaptation du fonctionnement du centre hospitalier.

2.1.3 Accès aux soins des personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital.

Le centre hospitalier a mis en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Un juste équilibre doit être trouvé entre la nécessité pour l'établissement de recouvrer toute ressource indispensable à la couverture de ses charges, et l'obligation de porter assistance et d'ouvrir l'accès aux soins aux personnes en situation de précarité. En dehors du dispositif de la PASS, qui concerne les seules consultations externes et urgences, des concertations sont étroitement menées avec les autorités de l'assurance maladie, afin de faire valoir les droits de ces patients au regard des dispositifs existants (Aide Médicale d'Etat, soins urgents...).

2.2 Consultations

2.2.1 Consultations et soins externes

Des consultations médicales sont organisées au sein du centre hospitalier pour les patients externes dont l'état ne justifie pas une hospitalisation.

Le directeur du centre hospitalier établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôle d'activités concernés, un document qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations. Ce document, régulièrement mis à jour, est notamment consultable sur le site internet de l'établissement <http://www.ch-erdreloire.fr>.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein du centre hospitalier veillent personnellement au respect de ce tableau, ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

Dans certains services, les consultations et soins externes peuvent être dispensés par des praticiens au titre de leur activité libérale. Ce type de prise en charge doit alors faire l'objet d'une demande expresse du patient.

2.2.2 Consultations en service de Protection maternelle et infantile

Le centre hospitalier gère des activités d'un Centre en Santé Sexuelle (CSS). Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le conseil département de Loire Atlantique.

2.3 Activité libérale des médecins du centre hospitalier

2.3.1 Principes d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens hospitaliers, qui en font la demande, peuvent être autorisés à exercer au sein du centre hospitalier une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la santé publique.

Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médicotechniques.

Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat soumis à un réexamen périodique. La commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

2.3.2 Exercice de l'activité libérale et service public hospitalier

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein du centre hospitalier.

Dans certaines spécialités médicales, le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant huit demi-journées minimum par semaine, lorsque ceux-ci y sont autorisés.

Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

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

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques. Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein du centre hospitalier, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de la structure médicale concernée, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

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

Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

La commission de l'activité libérale est chargée au sein du centre hospitalier de veiller au bon déroulement de cette activité.

2.4 Accueil et admission en hospitalisation

2.4.1 L'accueil des patients

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

Le personnel du centre hospitalier est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Le patient est invité lors de son accueil à désigner s'il le souhaite une personne de confiance ; il peut également désigner une personne à prévenir.

2.4.2 Transfert après premier secours

Après l'accueil et le premier diagnostic, lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un patient requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du CHEL ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis (article R1112-14 du code de la santé publique).

2.4.3 Livret d'accueil et questionnaire de sortie

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du centre hospitalier un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du centre hospitalier, ainsi que les droits et devoirs des patients. La charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret.

Le patient reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et il peut le déposer à sa sortie.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers au sein du centre hospitalier.

2.4.4 Compétences du directeur en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du malade, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

2.4.5 Pièces à fournir lors de l'admission

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

A cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter à l'agent chargé de l'accueil administratif :

- la carte Vitale ou l'attestation de carte Vitale, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie.
- un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...)
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur
- le cas échéant, la carte avec photographie et en cours de validité attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'État. Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation ou frais de consultation externe par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

Si le patient ne peut pas présenter sa carte Vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une admission provisoire est établie. Le patient est tenu de tout mettre en œuvre pour restituer les pièces manquantes. Pour les cas particuliers, une demande de prise en charge peut être adressée par les admissions à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

2.4.6 Dépôt et restitution de biens et de valeurs

Il est conseillé de ne pas apporter de bijoux, d'objets de valeur ou de sommes d'argent importantes au moment d'une hospitalisation. Le centre hospitalier décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol des objets non déposés. Ces mentions sont expressément posées dans le livret d'accueil du patient.

Toutefois, lors de son admission, et si cela s'avère nécessaire, l'hospitalisé peut effectuer auprès du service de facturation (en se présentant au standard) un dépôt de sommes d'argent (maximum 7 500 €) et d'objets de valeur, dans le coffre de l'établissement, selon une procédure interne au CHEL qui précise les horaires d'ouverture.

Un inventaire des dépôts d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur est effectué dans le service de soins par le personnel soignant à l'arrivée du patient.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif (dossier administratif du service de soins) du patient. Le déposant remet au régisseur (à l'accueil/standard) ses valeurs. Le descriptif de ses valeurs et écrit sur le registre des dépôts en présence du ou des déposants, signé par chacun, un reçu est remis en échange, et les valeurs sont déposées dans le coffre.

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient ou au déposant par le seul régisseur des recettes (accueil/standard), en échange du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

En cas de décès, les dépôts sont transmis le jour même ou le lendemain au plus tard à la trésorerie de l'Etablissement.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus, sauf dans le cas où une faute grave est établie, et s'il peut être apporté la preuve que la procédure n'a pas été suivie.

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

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade ou au déposant par le seul régisseur des recettes ou l'accueil standard en dehors des heures ouvrables, en échange du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité.

2.4.7 Information de la famille – personne à prévenir – secret de l'admission

Dès son admission, l'agent chargé de l'accueil administratif propose au patient de désigner une personne à prévenir en cas de besoin.

Le patient, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation.

Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein de l'établissement. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation.

Nota bene : L'anonymat total est l'état d'une personne, dont on ignore le nom, l'identité. La confidentialité correspond au caractère privé et secret d'une information. La législation ne prévoit que deux situations d'anonymat dans le cadre de l'hospitalisation :

- accouchement secret
- toxicomanes se présentant spontanément.

Des personnes victimes de violences peuvent également bénéficier de ces dispositions.

2.4.8 La personne de confiance

Lors de l'admission, il est proposé à chaque malade majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ». Cette désignation, facultative, figure au dossier médical et est co-signée de la personne désignée.

Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le malade 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 malades en fin de vie : lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la personne de confiance 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.

La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

Cette désignation est en principe valable pour la durée du séjour hospitalier et plus, 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.

La personne désignée peut refuser d'être la personne de confiance du patient.

2.4.9 Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux ; en particulier pour cas suivants :

- Limiter ou arrêter les traitements en cours,
- Être transféré en réanimation si l'état de santé le requiert,
- Être mis sous respiration artificielle,
- Subir une intervention chirurgicale,
- Être soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès.

Ces directives anticipées sont révisables et révocables, à tout moment et par tout moyen.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par le code de la santé publique et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

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

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde du centre hospitalier, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection ; il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

2.4.11 Admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée.

Afin d'organiser sa préadmission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions du centre hospitalier où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

2.4.12 Admission directe dans un service

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge, après accord du responsable médical de l'unité.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Un dossier provisoire est créé, selon la procédure administrative en vigueur.

2.4.13 Admission à la suite d'un transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne du centre hospitalier constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du centre hospitalier ou nécessitant des moyens dont le centre hospitalier ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé

2.5 Accueil et admission en urgence

2.5.1 Organisation de la prise en charge en urgence

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient réclame des soins urgents, pour que les soins urgents soient assurés au sein du centre hospitalier, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

L'hôpital met en œuvre toutes les mesures utiles pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue. En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions du chapitre 2.7.1 du présent règlement.

Lorsqu'un patient dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état refuse de quitter l'hôpital, il peut être, selon le cas, sur certificat médical établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie de l'hôpital, soit adressé à un organisme à caractère social.

2.5.2 Cas des patients amenés par la gendarmerie

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de gendarmerie et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'hôpital de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces autorités (Information des patients hospitalisés en urgence).

Dans le cadre d'une procédure pénale, le centre hospitalier est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de gendarmerie amènent au centre hospitalier, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue à cet effet et le directeur doit, au cas où la personne alcoolisée, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

2.5.3 Inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est conscient lors de son admission, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux urgences, sauf opposition de sa part. Si le malade ou blessé est inconscient ou incapable d'effectuer les formalités de dépôt, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le patient ou blessé est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement, et par l'accompagnant le cas échéant.

Le dépôt est ensuite réalisé selon la procédure interne du CHEL prévus au chapitre 2.4.5 du présent règlement.

Le centre hospitalier est responsable de plein droit, sans limitation de montant, de la perte ou de la détérioration des objets détenus lors de son admission par un patient incapable d'effectuer les formalités de dépôt, dans les conditions fixées par le Code de la santé publique.

La perte ou détérioration d'objets ou d'effets conservés par le malade est soumise au régime de responsabilité de droit commun, et n'ouvre droit à indemnisation qu'en cas de faute prouvée de l'établissement ou de ses agents.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt. Il lui est également remis une note d'information ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions du Code de la santé publique au régime des objets déposés
- de l'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver par-devers lui, sous la

responsabilité du centre hospitalier, à raison de leur faible valeur et de leur utilité pendant le séjour hospitalier

- de l'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile.

2.5.4 Information sur les patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par le centre hospitalier. Que le patient ait été conduit au sein du centre hospitalier par le SAMU, les pompiers, la gendarmerie ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation.

En cas de transfert dans un autre centre hospitalier ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels.

2.6 Dispositions particulières à certains patients

2.6.1 Dispositions relatives aux mineurs

2.6.1.1 Garde et protection des mineurs

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, l'hôpital se trouve investi du droit de garde de l'enfant incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

2.6.1.2 Consultation pour les mineurs non accompagnés

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par ses parents ou par son tuteur.

2.6.1.3 Admission des malades mineurs : cas général

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit prévenir ses parents ou son représentant légal afin d'obtenir leur consentement, sauf application des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique.

2.6.1.4 Admission des mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à sa demande, sauf si le mineur lui a été confié par son père, sa mère ou son tuteur. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide sociale à l'enfance demande l'admission.

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur du centre hospitalier adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de la structure médicale concernée indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

2.6.1.5 Mineurs reçus en urgence

En-dehors des cas particuliers ou situations spécifiques, toutes mesures utiles sont prises par l'hôpital pour qu'un membre de la famille ou la personne exerçant l'autorité parentale soit informée dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit délivrer les soins nécessaires. Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation des titulaires de l'autorité légale. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

2.6.1.6 Accompagnement des mineurs en hospitalisation

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour.

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

2.6.1.7 Information des mineurs et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale.

Si le mineur accepte l'accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure.

2.6.1.8 Soins et règles de dévolution de l'autorité parentale

Les conditions d'admission et d'hospitalisation des mineurs, outre les règles générales édictées par le Code civil, sont fixées à l'article R. 1112-34 du Code de la santé publique. Quand l'information ne peut être donnée au représentant légal, un avis en est transmis à la brigade des mineurs dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique.

La protection de la santé de l'enfant incombe à ses père et mère titulaires de l'autorité parentale, étant rappelé que l'âge de la majorité est fixé à dix-huit ans révolus, mais que la période de l'enfance et de l'adolescence peut prendre fin dès l'âge de seize ans par l'effet d'une émancipation. Toutefois, lorsque les liens de famille sont rompus et qu'une personne mineure bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire (CMU), son seul consentement à l'acte est requis.

Un acte usuel peut être pratiqué avec le consentement d'un seul des deux parents (une intervention bénigne par exemple, ne nécessitant pas d'autre anesthésie que strictement locale) chacun des parents étant alors réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard des tiers de bonne foi. Mais si les décisions à prendre sont essentielles pour la santé du mineur et à plus forte raison pour sa survie, il sera nécessaire de recueillir l'accord du père et de la mère, qui exercent en commun l'autorité parentale.

À défaut d'exercice conjoint (cas de certains parents séparés par exemple) l'autorisation du seul parent titulaire de l'autorité parentale suffit, sous réserve du droit de l'autre à être tenu informé des choix

importants relatifs à la vie de l'enfant.

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

L'autorisation d'opérer donnée par anticipation au geste opératoire par les parents au directeur d'un établissement scolaire n'a aucune valeur. Les enfants scolarisés sont, pendant les heures de classe, sous la garde du proviseur de l'établissement d'enseignement. Le proviseur est habilité à demander l'admission à l'hôpital d'un enfant scolarisé et à le reprendre à sa sortie sur la base non pas d'une délégation de l'autorité parentale, mais d'une décharge signée à son bénéfice par les parents en début d'année scolaire. L'article L.1111-4 alinéa 5 du Code de la santé publique détermine la procédure à suivre en matière d'autorisation d'opérer ou de pratiquer les soins et actes nécessités par l'état de santé de l'enfant en cas de refus de traitement. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Le devoir d'assistance aux malades, dont la violation est d'ailleurs sanctionnée par le Code pénal sur le fondement de l'omission de porter secours, impose en effet aux médecins et soignants d'agir dans les plus brefs délais et les dispense d'obtenir ou même de rechercher le consentement des parents. Si l'avis du mineur peut être recueilli, il convient d'en tenir compte dans toute la mesure du possible. L'article R 1112-35 du Code de la santé publique trouve son application dans l'hypothèse où les titulaires de l'autorité parentale feraient obstacle aux conditions d'hospitalisation et/ou à la continuité des soins.

Le médecin apprécie en conscience s'il doit saisir l'autorité judiciaire. Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. Confronté à un refus obstiné voire agressif des parents, il doit se montrer insistant et persuasif. Il peut également proposer de faire suivre le dossier à un autre médecin. Le procureur de la République n'a aucun pouvoir pour modifier lui-même les règles de dévolution de l'autorité parentale. Il ne peut que saisir le juge des enfants d'une requête en assistance éducative. Le juge des enfants pourra confier le mineur au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'hôpital. En cas d'urgence, le procureur de la République a compétence pour prendre une ordonnance de placement provisoire et confier l'enfant au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'hôpital.

2.6.1.9 Autorisation de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles.

La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser au directeur si le mineur peut quitter seul l'hôpital ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties.

2.6.1.10 Sortie de mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du centre hospitalier si le mineur peut quitter seul l'hôpital ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisé.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justificatifs sont exigés en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justificatifs est conservée dans le dossier du patient.

2.6.1.11 Mineur en situation de rupture familiale

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande et sur décision de l'autorité administrative de la couverture maladie universelle (CMU). Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

2.6.2 Dispositions relatives aux femmes enceintes

2.6.2.1 Admission en maternité

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du site, le directeur organise cette admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier et pourvu des services médicalement adaptés au cas de l'intéressée.

2.6.2.2 Secret de la grossesse ou de la naissance – Accès aux origines personnelles

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission et de son identité dans les conditions prévues par le Code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête.

Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance. Les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant et la date, le lieu et l'heure de sa naissance sont mentionnés à l'extérieur de ce pli.

Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement.

Ces formalités sont accomplies par les correspondants du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles au niveau du département, sous la responsabilité du directeur de l'établissement.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département. Toutefois, cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de trois jours fixé par le Code civil.

2.6.2.3 Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée. Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires.

L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes

de nationalité française, sans condition spécifique de durée et de régularité du séjour en France.

La loi réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés :

- Soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès à l'hôpital, la libre circulation des personnes à l'intérieur de l'hôpital ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux
- Soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant au sein de l'hôpital, des femmes venues y subir une IVG ou de l'entourage de ces dernières.

Lorsque cette infraction est commise, le directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse. Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical dans les conditions légales et réglementaires.

2.6.3 Dispositions relatives aux militaires

Les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du centre hospitalier, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires ou, à défaut, à la gendarmerie. L'admission est prononcée sans formalité particulière.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

2.6.4 Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux ou aux majeurs protégés

2.6.4.1 Information et consentement des majeurs sous tutelle

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement.

Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

2.6.4.2 Prise en charge des majeurs protégés

Conformément aux dispositions du Code civil, si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner en qualité de curateur ou de tuteur la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet.

Le préposé en charge des mesures de protection juridique au sein de l'hôpital, appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, est choisi par le directeur parmi le personnel administratif titulaire.

2.6.5 Dispositions relatives aux auditions de patients par la police, aux patients gardés à vue et aux détenus

2.6.5.1 Audition par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement.

En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient.

L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme

d'un écrit, conformément aux dispositions du protocole d'accord entre le CHEL et la gendarmerie d'Ancenis-Saint-Géréon.

Cet avis est immédiatement transmis au directeur.

2.6.5.2 Admission des personnes détenues

Des formalités administratives spécifiques, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, permettent d'admettre et d'hospitaliser les personnes détenues ou prévenues, blessées ou malades dans les établissements de santé.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle.

Ces personnes sont hospitalisées dans une chambre où un certain isolement est possible, permettant la surveillance par les services de police ou de gendarmerie sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

La prise en charge médicale et soignante est la même que pour un autre malade. Sur le plan éthique et en particulier vis-à-vis du secret professionnel les règles sont identiques. Les droits du malade sont respectés tels que définis dans la Charte du malade hospitalisé.

Les seules restrictions concernant les droits du malade sont celles qui sont imposées par le Code de procédure pénale (sécurité, visites, communications etc.).

2.6.5.3 Admission des personnes gardées à vue

Lorsque la garde-à-vue a débuté dans un service de police ou de gendarmerie et se poursuit à l'hôpital pour des raisons médicales, les modalités de prise en charge et de surveillance sont identiques à celles de l'article 103.

Lorsque la mise en garde-à-vue concerne une personne déjà hospitalisée au sein de l'établissement, elle s'exerce toujours selon les mêmes modalités, en précisant toutefois certaines procédures spécifiques :

- L'officier de police judiciaire se présente à l'administrateur de garde en l'informant de son intention de prendre (après avis médical), une mesure de garde-à-vue. A ce moment s'établit une concertation pour définir précisément les conditions pratiques de cette mesure, en respectant les contraintes de la continuité des soins et une certaine discrétion vis-à-vis des autres malades.
- Lorsque l'état de santé du malade n'est pas compatible avec une mesure de garde-à-vue, ou lorsque l'officier de police judiciaire décide de différer le moment du placement en garde-à-vue en attendant la sortie de la personne concernée, il peut être nécessaire de mettre en place une surveillance. Le secret médical étant absolu et opposable dans le cas particulier, les renseignements utiles à la fin du séjour peuvent être obtenus auprès du bureau des admissions.
- Une réquisition peut être ordonnée qui permettra de fournir les renseignements utiles à l'enquête.

2.6.6 Autres cas particuliers d'admission

2.6.6.1 Admission des patients toxicomanes en vue d'une cure de désintoxication

Les patients toxicomanes peuvent :

- soit se présenter spontanément pour suivre une cure de désintoxication
- soit être astreints à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires. Dans ce cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités prévues par le Code de la santé publique.

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au sein de l'hôpital 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.

En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, l'hôpital en informe immédiatement cette autorité, qui prévient le procureur de la République.

Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire, le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats.

L'État prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par la cure de désintoxication. Cette cure doit obligatoirement se dérouler au sein d'un service agréé.

2.6.6.2 Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires

Des patients non-résidents en France peuvent être admis au sein de l'hôpital dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État.

2.6.6.3 Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- faire examiner les enfants par un médecin
- préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance
- faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance.

2.6.6.4 Admission au sein d'une unité de soins médicaux et de réadaptation

L'admission au sein de l'unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.

Unité polyvalente, le SMR reçoit les patients dont l'état, à l'issue de leur hospitalisation en unité de soins de courte durée, nécessite une surveillance médicale en milieu hospitalier, mais ne relève pas d'un traitement spécialisé.

Les admissions dans cette unité ne sont prononcées qu'après accord du praticien responsable de la structure médicale concernée.

Il existe deux modes d'admission :

- l'admission directe
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé dans une unité de court séjour, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins médicaux et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité.

Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un patient présent dans une telle unité, la sortie de l'intéressé est prononcée.

À la sortie, deux éventualités sont possibles :

- Soit l'état du patient lui permet de retourner vivre à son domicile, dans son milieu familial, dans une résidence autonomie, dans toute autre institution d'hébergement, avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ;
- Soit le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une autre institution (EHPAD, USLD...) doit être effectué.

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

2.7 Soins et informations sur les soins

2.7.1 Accessibilité – libre choix

2.7.1.1 Information au patient

Conformément à l'article L1111-2 du CSP, les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées de leur état de santé.

Le patient est associé au choix thérapeutique le concernant. A cet effet – sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sans risque pour des tiers) – une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le malade qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Par ailleurs 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 hospitalisé 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 conseil 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 ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Toute personne a droit 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.

2.7.1.2 Entretien individuel

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Un nouvel entretien doit être organisé, éventuellement après la sortie du malade, lorsque des risques jusqu'alors inconnus sont identifiés postérieurement aux actes réalisés.

Le malade peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

En cas de risque pour la santé publique ou la santé d'une personne, et s'il apparaît que cette information n'a pas été réalisée, les pouvoirs publics peuvent mettre en demeure l'hôpital de la réaliser.

2.7.1.3 Neutralité et laïcité du service public

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

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte du centre hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique
- les membres du conseil de surveillance ne peuvent effectuer des visites au sein du centre hospitalier que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le conseil de surveillance
- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du centre hospitalier sauf autorisation expresse du directeur.

- Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du centre hospitalier, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.
- Le choix du médecin par le patient ne peut être fondé sur des motifs discriminatoires.

La charte de la laïcité est affichée à l'entrée de chaque site.

2.7.2 Qualité de l'accueil, des traitements et des soins

2.7.2.1 Droit du malade à des soins de qualité

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.

Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

2.7.2.2 Prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé du centre hospitalier mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

A ce titre, la sous-commission « CLUD SP » peut être sollicitée par tous professionnels du CHEL.

2.7.2.3 Droit aux soins palliatifs

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

2.7.3 Information accessible et loyale

2.7.3.1 Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.

Cette information est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

2.7.3.2 Relations avec les proches et ayant droit

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

Avec l'accord du malade 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 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 malade peuvent être fournis

par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du malade. Si le malade, 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 malade 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 doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime.

2.7.3.3 Relations avec les médecins traitants

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant de l'admission du malade ainsi que du service où a lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre de liaison, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre 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 ce cas, les informations sont transmises par voie postale et dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie du malade.

Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du malade. Le médecin traitant peut – après accord du chef de service concerné, du médecin pratiquant l'acte et du malade ou de ses représentants légaux – assister aux actes médicaux à caractère invasif que le malade subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

2.7.4 Consentement libre et éclairé

2.7.4.1 Dispositions générales

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

2.7.4.2 Dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Par ailleurs, le médecin doit tenir compte des directives anticipées rédigées par le patient pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant.

2.7.4.3 Refus de soins

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement (incluant l'alimentation artificielle) met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il informe s'il y a lieu la personne de confiance, ou la famille ou un autre proche. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable ; celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

En cas de refus persistant et en situation extrême mettant en jeu le pronostic vital, le médecin prend en

conscience les décisions qu'il estime nécessaires compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger ; il peut passer outre l'absence de consentement lorsqu'il accomplit un acte indispensable à la survie du malade et proportionné à son état.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche. Le refus d'hospitalisation en psychiatrie peut justifier une démarche d'hospitalisation sans consentement.

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent de l'hôpital.

Le médecin en informe immédiatement le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

2.7.4.4 Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale.

Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence.

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Néanmoins, le consentement du mineur doit être toujours systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Il s'agit du seul consentement nécessaire lorsque la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle. Le mineur peut par ailleurs s'opposer expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale ; lorsque le médecin ne parvient pas à obtenir son accord pour cette consultation, il peut alors se dispenser de rechercher le consentement des parents ou du représentant légal pour la mise en œuvre des actions médicales qui s'imposent pour sauvegarder la santé de l'intéressé, sous réserve de l'accompagnement du mineur par une personne majeure de son choix. En cas de refus de soins du mineur accompagné de cette personne et lorsque le pronostic vital est en jeu, le médecin prend en conscience les décisions nécessaires et s'il y a lieu accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

2.7.4.5 Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

2.7.4.6 Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents.

La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur et contresignée par le directeur et ce praticien.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la

date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

2.7.4.7 Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie

S'agissant d'un patient en fin de vie, lorsqu'il est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix ; la décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

Lorsque le patient en fin de vie est inconscient, hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté l'éventuelle personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical. Dans ces cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins palliatifs.

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance du patient en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer ce dernier, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant.

A noter, pour le cas où le patient 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 doit en tenir compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne.

2.7.5 Consentements spécifiques – Dons d'organes et de tissus

2.7.5.1 Don du sang

A l'occasion de leur passage ou séjour au sein de l'hôpital, les personnes peuvent se proposer pour donner leur sang afin de contribuer à faire face aux besoins transfusionnels, dans le cadre d'une collecte de sang, organisée par l'Etablissement Français du Sang (EFS), en cours sur l'établissement.

Le don du sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin de l'EFS. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ou indirecte.

L'EFS assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donneurs de sang à raison des opérations de prélèvement.

Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

2.7.5.2 Produits sanguins labiles

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

Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement. Dans le cadre de la transfusion autologue différée, le sang est conservé par le site transfusionnel de l'EFS ou le dépôt du centre hospitalier. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la

quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue. Il n'est pas possible pour les patients de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non- respect de ce principe

2.7.5.3 Transfusions sanguines

Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils s'assurent de la traçabilité des produits effectivement administrés aux patients.

L'administration de produits sanguins est réalisée avec des produits validés fournis par l'établissement de transfusion sanguine. Pour certaines interventions chirurgicales programmées, les patients peuvent éventuellement se faire prélever leur propre sang en vue d'une autotransfusion.

Au cours de son séjour hospitalier, avant administration d'un produit sanguin labile, chaque fois que cela est possible, le patient ou son représentant légal en est informé par écrit. L'hôpital établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel versé au dossier médical du patient.

2.7.5.4 Sécurité transfusionnelle

Au cas où est diagnostiquée chez un patient un événement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'hôpital en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés. L'hôpital doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation.

2.7.5.5 Principes généraux applicable aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients

- **Consentement** : aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiqué sur un patient sans son consentement préalable. Le patient, ou le cas échéant son représentant légal, peut révoquer son consentement à tout moment. L'absence d'opposition du donneur potentiel décédé doit être recherchée.
- **Gratuité** : aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le centre hospitalier, conformément à la réglementation.
- **Anonymat** : le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.
- **Sécurité sanitaire** : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés.

2.7.5.6 Prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concourt, directement ou indirectement, le centre hospitalier.

Un prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Un tel prélèvement ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi.

Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur le registre national automatisé prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine.

Il est révocable à tout moment.

Si l'équipe de prélèvement multi-organe (PMO) n'a pas directement connaissance de la volonté du patient décédé, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le patient, par tout moyen. Il doit les informer de la finalité des prélèvements envisagés. Les proches doivent être informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués.

Si le patient décédé est un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes.

Les médecins qui ont procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps.

Les médecins doivent s'assurer que les patients âgés de 16 à 25 ans sont informés des modalités de consentement au don d'organes à des fins de greffe et, à défaut, leur délivrent individuellement cette information dès que possible.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux prélèvements et greffes de tissus.

Le centre hospitalier Erdre et Loire ne pratique pas de prélèvements. Dans ce cas, le patient sera transféré vers le lieu approprié.

2.7.5.7 Autopsie médicale

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès.

Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement. Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

Le centre hospitalier Erdre et Loire ne pratique pas d'autopsie. Dans ce cas, le défunt sera transféré vers le lieu approprié.

2.7.5.8 Utilisation des prélèvements à des fins spécifiques

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, et sauf si le patient dûment informé s'y est opposé, l'hôpital est susceptible de conserver et d'utiliser des éléments et produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés. Lorsque cette personne est un mineur ou un majeur sous tutelle, cette opposition est exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la biomédecine.

Le centre hospitalier Erdre et Loire ne pratique pas ces prélèvements. Dans ce cas, le patient est transféré vers le lieu approprié.

2.8 Les conditions de séjour du patient hospitalisé

2.8.1 Règles générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité. Un rappel est fait dans le livret d'accueil remis en début de séjour.

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène.

Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte du centre hospitalier.

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire.

Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients.

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière. En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

Le patient a à sa charge l'entretien de ses vêtements et son linge personnel, sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène de l'Etablissement.

2.8.2 Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés. Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré- et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

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

L'hôpital prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

2.8.3 Dépôts des sommes d'argent, des titres et valeurs, de moyens de règlement

Dès sa préadmission au sein du centre hospitalier et au plus tard lors de son admission, le patient (ou ses représentants légaux) est informé du régime de responsabilité applicable en cas de vol, de perte ou de détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales.

Le patient est invité à n'apporter au sein de l'hôpital que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, l'hôpital est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, dans la limite d'une somme fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale qui n'est plus applicable en cas de preuve d'une faute de l'établissement ou de ses personnels.

Pour les objets conservés par le patient sans l'autorisation du directeur, le centre hospitalier n'est responsable de leur vol, de leur perte ou de leur détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

Le centre hospitalier n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un

acte de soins.

2.8.4 Médicaments apportés par le patient

Tous les médicaments apportés par le patient doivent être systématiquement remis au personnel soignant de l'unité, dans un sac identifié nominativement.

A défaut, le personnel soignant procède à cette identification.

2.8.5 Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le centre hospitalier, en fonction du coût réel des prestations fournies.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus (comprenant, entre autres, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service, en liaison avec le comité alimentation – nutrition. Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients. L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, dans le respect des croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

2.8.6 Le déplacement des hospitalisés dans l'établissement

Les hospitalisés peuvent se déplacer dans la journée hors du service, à condition d'avoir l'accord du médecin et avoir informé un membre du personnel soignant.

Ils doivent être revêtus d'une tenue décente.

Pour tout déplacement hors de la chambre, un enfant doit être accompagné par un agent hospitalier, pour tout examen.

Pour les grands mineurs, une décharge parentale écrite doit être demandée pour autoriser les déplacements libres dans l'hôpital.

2.8.7 Les perturbations causées par un patient

Le comportement des hospitalisés se doit d'être compatible avec celui attendu d'une vie en collectivité en adoptant notamment un comportement conciliable avec la décence et les bonnes mœurs.

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et biens qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient (article R1112-50 du code de la santé publique).

2.8.8 Autorisation de sortie

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures.

Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le centre hospitalier ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'hôpital le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

2.8.9 La Liberté de culte

Les patients doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte, de sorte que la liberté de culte est garantie aux patients hospitalisés. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix (article R1112-46 du code de la santé publique).

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion et participer à l'exercice de leur culte.

Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients.

Ainsi, les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres des unités de soins. La liste des ministres des différents cultes, agréés par le directeur, est à la disposition des patients, sur simple demande de leur part auprès des agents d'accueil.

2.8.10 Missions du service social des patients

Le service social hospitalier est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein de l'hôpital.

Ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge.

Il favorise le maintien ou l'accès aux droits sociaux et aide les patients, leur famille et leurs proches en cas de difficultés administratives ou juridiques en œuvrant au fonctionnement de la PASS (permanence d'accès aux soins de santé).

Il prépare, en liaison directe d'une part avec les services administratifs et les pôles d'activités, et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents, le maintien ou le retour à domicile ou, si besoin, l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée.

Les assistants sociaux font le lien entre l'hôpital, ses pôles d'activités et la ville.

Le service social informe, oriente, aide les patients (consultants ou hospitalisés) et leur famille, et leur assure écoute et soutien, dans le respect du secret professionnel.

Il intervient au sein des différents pôles d'activités sous l'autorité du directeur dans le cadre du projet élaboré avec le patient en veillant à préserver son autonomie.

2.8.11 Prestataires de service au sein du CHEL

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein du centre hospitalier et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil remis au patient.

2.8.12 Interdiction des pourboires

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

2.8.13 Courrier

La distribution des lettres ordinaires est faite par les coursières du centre hospitalier et est organisée au sein de l'unité de soins par un cadre infirmier. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par les coursières à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire, notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés destinés aux mineurs non émancipés leur sont distribués, sauf opposition des parents fondée sur l'intérêt de l'enfant.

2.8.14 Animaux domestiques

L'article du présent règlement, interdisant, sauf besoin de service ou autorisation spéciale, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte du centre hospitalier, ne fait pas obstacle à ce que des chiens-guides d'aveugles ou malvoyants soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Seuls certains animaux sont autorisés dans le but d'un effet thérapeutique.

Dans les EHPAD du CHEL, les animaux domestiques sont autorisés sous certaines conditions indiqués dans le règlement de fonctionnement des EHPAD.

2.8.15 Téléphone

Des appareils téléphoniques peuvent, à leur demande, être mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques.

Le centre hospitalier définit par l'intermédiaire d'un prestataire les conditions d'accès spécifiques au réseau téléphonique, notamment en ce qui concerne la facturation. Ces conditions d'accès sont déterminées avec le souci de confort des patients, selon des conditions économiques permettant au plus grand nombre d'en bénéficier. Les patients sont tenus de s'acquitter des taxes correspondantes.

Par ailleurs, l'utilisation des téléphones portables dans les locaux où elle n'est pas interdite, est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques définies par la direction après avis des responsables médicaux concernés.

Le centre hospitalier met en place une signalétique adaptée pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application en toutes circonstances.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein du CHEL doivent veiller à ne pas provoquer de gêne pour les autres personnes, tout particulièrement en soirée et la nuit. Il est demandé une position « en silencieux ».

En cas de vol, de perte ou de détérioration, la responsabilité du centre hospitalier ne pourra être engagée. Sous réserve des dispositions de ce même article, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables. L'installation de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité.

2.8.16 Usages des téléviseurs

Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande auprès de la société liée au centre hospitalier par une convention d'exploitation des téléviseurs ; les frais de location sont facturés par cette dernière.

Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité.

En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

2.8.17 Respect des professionnels

Il est demandé aux patients de respecter la dignité des professionnels et de respecter le travail réalisé.

Les patients sont également tenus de respecter les professionnels en lien avec l'article R625-8-1 du décret 2017-1230, cité ci-dessous :

« L'injure non publique commise envers une personne ou un groupe de personnes à raison de leur origine ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe.

Est punie de la même peine l'injure non publique commise envers une personne ou un groupe de personnes à raison de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou identité de genre, ou de leur handicap ».

2.9 Accès aux personnes extérieures à l'établissement

2.9.1 Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées.

Les consignes de visites ont fait l'objet d'une réflexion au sein de l'établissement. En concertation avec les professionnels du CHEL, le Comité de Réflexion Ethique et Bientraitance a rédigé les consignes suivantes :

- Les visites sont soumises à l'accord et à l'état de santé du patient.
- Consignes générales
 - Horaires des visites : Les visites sont possibles à partir de 11h30, néanmoins elles sont à privilégier l'après-midi à partir de 14h jusqu'à 20h00, pour respecter les soins du matin (visite des médecins, soins infirmiers et d'hygiène...) et de préserver un espace de tranquillité et de repos à votre proche hospitalisé.
 - Conditions de santé des visiteurs : Si vous présentez des signes cliniques suspects (fièvre, toux, écoulement nasal...) d'une maladie contagieuse (rhume, angine, grippe, COVID, gastroentérite...), nous vous demandons de reporter votre visite afin de ne pas contaminer votre proche hospitalisé, les autres patients et l'équipe soignante. Si vous ne pouvez pas reporter votre visite, nous vous demandons de bien vouloir porter un masque chirurgical et utiliser une solution hydro alcoolique (pouvant être fourni par le service hospitalier – à demander)
 - Nombre de visiteurs : Il doit préserver le calme, l'intimité de votre proche hospitalisé et des autres patients, limité à 3 personnes.
 - Durée de la visite : Elle doit préserver le repos et le bon rétablissement du patient.
 - Age des visiteurs : Les visites de mineurs sont préférables à partir de 12 ans pour limiter les risques de contamination et préserver l'enfant.
- Consignes spécifiques
 - Pour les services accueillant des patients en soins palliatifs et au service des urgences, les règles de visites sont adaptées en fonction de chaque patient.
 - En maternité, seuls le coparent et la fratrie du nouveau-né sont autorisés.

Ces consignes sont affichées à chaque entrée de service et sur le site internet de l'établissement.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 12 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales
- pour les patients placés sous surveillance de la police.

2.9.2 Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement de l'hôpital. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients. Les patients peuvent demander à l'hôpital de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients des boissons alcoolisées, des produits toxiques et des substances stupéfiants, de quelque nature qu'ils soient.

Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

2.9.3 Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du centre hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et l'organisme dont dépend le stagiaire. Dans le cas d'une demande de stage émanant d'une personne ne relevant d'aucun établissement ou organisme ou à défaut d'une convention générale régissant la situation, une autorisation peut être accordée à titre exceptionnel, mais cette autorisation de stage et les conditions de son déroulement doivent faire l'objet d'un document écrit, valant accord de la direction concernée.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

2.9.4 Associations de bénévoles

Le centre hospitalier facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement du centre hospitalier et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du centre hospitalier doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec l'hôpital une convention de partenariat qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent fournir au directeur une liste nominative des personnes qui interviendront au sein du centre hospitalier.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical. Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

2.9.5 Accès des professionnels de la presse et des autres médias

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), des sociétés de production et des artistes, ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein du centre hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une information au directeur lorsque le sujet concerné a une portée institutionnelle.

L'accès est conditionné à une autorisation expresse du directeur, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal.

Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient. Les paroles et images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à

leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le centre hospitalier ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

2.9.6 Accompagnements privés

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du directeur, qui peuvent à tout moment rapporter cette décision. La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical.

Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

2.9.7 Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein du centre hospitalier des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

2.9.8 Intervention des notaires

Lorsqu'un patient sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière ; il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

Le personnel hospitalier ne peut intervenir en qualité de témoin.

Il est à noter qu'en toute circonstance la personne hospitalisée a le droit à la confidentialité de ses entretiens avec ses visiteurs.

2.10 Confidentialité des informations

2.10.1 Le secret à l'hôpital

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le patient venu, à la connaissance d'un professionnel de santé de l'hôpital, de tout membre du personnel de l'hôpital ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'hôpital ou lesdits organismes.

Par exception à ce principe, le secret professionnel peut cependant être partagé suivant les articles L110-4 et R1110-1 et R1110-3-6 du CSP :

➤ **Entre professionnels de santé**

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à conditions qu'ils participent tous sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'un patient/résident requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialiser, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés.

Le patient/résident est dûment informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au

partage d'informations le concernant. Il peut exercer de droit à tout moment.

Outre des sanctions disciplinaires qui seraient prononcées par le directeur, la violation du secret professionnel constitue une infraction pénale, passible d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

➤ **Avec les proches ou la famille**

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

Par ailleurs, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé.

Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale.

2.10.2 Accès aux informations concernant directement le patient hospitalisé

2.10.2.1 Traitements automatisés des données à caractère personnel

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du malade 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 malade, 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. La Commission nationale informatique et libertés (C.N.I.L.) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique spécifique 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 malades peuvent s'adresser à la direction de l'établissement.

2.10.1.2 Dossier médical du patient

En application de l'article R1112-2 du code de la santé publique, un dossier médical est constitué pour chaque personne hospitalisée dans un établissement de santé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours

du séjour hospitalier, notamment :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison,
 - Les motifs d'hospitalisation,
 - La recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
 - Les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
 - Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée,
 - La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
 - Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie,
 - Les informations sur la démarche médicale,
 - Le dossier d'anesthésie,
 - Le compte-rendu opératoire ou d'accouchement,
 - Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire,
 - La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel,
 - Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
 - Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers,
 - Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
 - Les correspondances échangées entre professionnels de santé,
 - Les directives anticipées ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour :
- La lettre de liaison remise à la sortie,
 - La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie,
 - Les modalités de sortie (domicile, autres structures),
 - La fiche de liaison infirmière.
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Conformément à l'article R1112-3 du code de la santé publique, le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance et celle de la personne à prévenir. Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein du centre hospitalier. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient.

2.10.1.3 Communication du dossier médical

Il existe une procédure particulière, gérée par le secrétariat de Direction.

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé, détenues, à quelque titre que ce soit, par le centre hospitalier et les professionnels qui y exercent.

Sont concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

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

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

Les délais légaux en vigueur prévoient que la communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Le droit d'accès au dossier du mineur est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort
- défendre la mémoire du défunt
- ou faire valoir leurs droits.

Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical du centre hospitalier désigné par lui à cet effet.

Elle a lieu :

- soit par consultation gratuite sur place ;
- soit par l'envoi par le centre hospitalier de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents.

À la fin de chaque séjour hospitalier, les pièces du dossier médical, ainsi que toutes les autres jugées nécessaires sont adressées, dans un délai de huit jours, au praticien que le patient ou son représentant légal a désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces documents sont établis et demeurent dans le dossier du patient.

Les praticiens responsables des structures médicales communiquent ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

2.10.1.4 *Clichés d'imagerie médicale*

Il est délivré, sans redevance supplémentaire et dans le respect des dispositions, aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis soit au patient, soit au médecin traitant lorsque le patient en a formulé la demande.

Si les circonstances l'imposent (impossibilité de réaliser rapidement les copies des clichés), des documents originaux peuvent être remis ou adressés au patient. Deux précautions sont alors requises :

- soit la signature par le patient ou l'ayant droit d'un récépissé précisant que celui-ci en devient le seul dépositaire
- soit l'accompagnement de l'envoi avec accusé de réception des documents par un courrier daté et signé précisant les documents ainsi adressés.

2.11 Le patient hospitalisé peut s'exprimer

2.11.1 Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du centre hospitalier leur droit de vote par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du centre hospitalier, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

2.11.2 Droit à l'information

Tout usager de l'hôpital peut exercer son droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi.

L'hôpital doit mettre à disposition et diffuser auprès des usagers les textes juridiques qui leur sont applicables.

Tout usager a également le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui le concerne, sauf exception liée à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

2.11.3 Traitement des plaintes et des réclamations, voies de recours

Toute personne accueillie au sein de l'hôpital (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au directeur et selon une procédure suivie par le secrétariat de direction.

Au sein de l'établissement, la commission des usagers veille au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches. Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le directeur, le médiateur médical ou non médical ou par la CDU. Une réponse motivée est adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CRCI) lorsqu'il s'agit :

- d'une contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé
- de tout litige ou de toute difficulté nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées et exposées ci-dessus.

- S'il souhaite adresser une demande de réparation, il doit y procéder auprès de la Direction Générale du centre hospitalier d'Ancenis

- Il peut saisir la CRCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables par cette commission les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CRCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.
- Il peut exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

Dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité du centre hospitalier se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage.

Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès du directeur du centre hospitalier d'Ancenis, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

2.11.4 La médiation

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont désignés au sein de l'hôpital par le directeur.

Les compétences :

- le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service
- le médiateur non-médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Certaines plaintes peuvent motiver la saisie simultanée des deux médiateurs

Le rôle des médiateurs médecin et non-médecin :

- le médiateur rencontre le plaignant dans les huit jours de la saisine, sauf impossibilité pour le plaignant. Si la plainte est formulée par un patient hospitalisé, dans la mesure du possible, cette rencontre doit intervenir avant sa sortie de l'établissement
- le médiateur adresse dans les huit jours suivant la rencontre le compte-rendu de celle-ci au président de la commission, qui le transmet avec la plainte/réclamation aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Suites données au rendez-vous de médiation et au vu de ces documents, et après avoir le cas échéant rencontré le plaignant, la commission formule des recommandations en vue, soit :

- d'apporter une solution au litige
- d'informer l'intéressé des voies de conciliation ou de recours
- d'émettre un avis motivé de classement du dossier.

Dans le délai de huit jours après la séance de la commission, le directeur répond à l'auteur de la plainte/réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Ce courrier sera également transmis aux membres de la commission.

2.11.5 Représentants des usagers

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les personnes proposées par les associations agréées.

Les représentants des usagers peuvent être saisis aisément et de façon directe par les usagers. *Leurs coordonnées sont affichées à chaque entrée de service.*

2.12 Dispositions relatives aux frais de séjour

2.12.1 Informations sur les restes à charge de l'assuré au cours d'une hospitalisation

Le patient ou sa famille a droit, à sa demande, à une information sur les frais dont il devra s'affranchir à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins, et sur les conditions de leur prise en charge. Ces frais correspondent aux restes à charge de l'assuré social. Le patient paie le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou sauf situation de prise en charge par un autre organisme tiers payeur (mutuelles, assurances...)

Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance ou de mutuelle, doit s'acquitter de l'intégralité des frais supportés par l'établissement au cours de son hospitalisation.

2.12.1 Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés par l'assurance maladie. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte Vitale ou de l'attestation de la carte Vitale.

Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec le centre hospitalier, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

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

La permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou le service social hospitalier, peuvent intervenir pour l'accès aux consultations de personnes dépourvues de ressources suffisantes.

2.12.2 Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale

Les patients admis en hospitalisation ou reçus en consultation au titre de l'activité libérale des praticiens temps plein, sont tenus de régler les honoraires afférents.

Ces honoraires, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le malade et le médecin. Le malade reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi.

2.12.3 Tarifs des prestations de séjour

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence Régionale de Santé, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient, ou le cas échéant à un tiers payeur.

Les tarifs de journée sont affichés à l'entrée du service.

2.12.4 Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour. Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du

séjour. Le directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

2.12.5 Paiement de frais de séjour et provisions

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au centre hospitalier par le patient ou par un tiers payeur. Dans la plupart des cas, le patient devra s'acquitter :

- Du paiement des prestations hôtelières (téléphone, télévision, repas accompagnant, ...) dès sa sortie
- De la totalité du reste à charge de l'assuré sur la base d'une facture envoyée par le service Facturation de l'établissement

En cas de non-paiement des frais de séjour, l'agent comptable du centre hospitalier exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

A l'exception du cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités de leur pays d'origine, et si ces documents ne présentent pas de caractère contestable au regard des conditions d'assurance exclusives portées dans les dits contrats présentés.

Dans tous les cas, les patients étrangers non-résidents doivent régler leurs frais de soins à leur sortie, une fois la vérification des actes effectuée par le service des Admissions auprès du service clinique. Le service des Admissions établit une facture.

Il est possible de payer sa facture sur le site internet de l'hôpital.

2.13 Sortie des patients

2.13.1 Décision de sortie

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

2.13.2 Modalités de sortie

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le médecin traitant reçoit le plus tôt possible toutes informations propres à lui permettre de poursuivre la surveillance du malade s'il y a lieu.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transports sanitaires agréées des départements de Loire-Atlantique et du Maine et Loire est tenue à la disposition des patients.

2.13.3 Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées sous contrainte pour troubles mentaux, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le centre hospitalier.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée sous réserve que

le patient ait signé une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

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

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

2.13.4 Sortie à l'insu du service

Au cas où un patient quitte l'hôpital sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du centre hospitalier et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le directeur ou son représentant dûment habilité doit prévenir la gendarmerie. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

En tout état de cause, les professionnels doivent se conformer à la procédure et la check list prévues à cet effet.

2.13.5 Sortie sans avis médical

Lorsqu'un patient ayant fait l'objet d'une admission administrative quitte le centre hospitalier avant d'avoir pu être examiné par un médecin, la sortie sans avis médical est déclarée dès que la situation a été signalée.

Cette situation donne lieu à la rédaction d'un imprimé, consigné auprès du service des admissions.

2.13.6 Sortie des nouveau-nés

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

Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

2.14 Dispositions relatives aux décès

2.14.1 Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du centre hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du centre hospitalier et y demeurer en dehors des heures de visite.

La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

2.14.2 Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin selon une procédure définie en interne.

Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible

et par tous les moyens.

2.14.3 Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier du service :

- procède à la toilette et à l'habillage d'une tenue correcte de présentation du défunt, conformément au protocole institutionnel du patient décédé et avec toutes les précautions convenables, tout en respectant les souhaits des proches,
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possède le défunt,
- vérifie le port d'un bracelet d'identification.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- un bulletin d'identité du corps comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « le décès paraît réel et constant »
- un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 72 heures, sauf cas particulier.

2.14.4 Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient ou d'un résident, les professionnels de santé ou le médecin responsable doivent avertir sans délai le directeur ou l'administrateur de garde, qui avise immédiatement l'autorité judiciaire.

En aucun cas, le corps ne doit pas être bougé, ni touché. Il convient également de ne rien toucher aux lieux du décès, quels qu'ils soient : lieux extérieurs, chambre, logement... Si besoin, ces lieux seront placés sous surveillance jusqu'à l'arrivée des services judiciaires.

Une procédure est en cours de rédaction.

2.14.5 Dépôt des corps

A la demande de la famille, le corps de la personne décédée peut :

- **Etre transporté vers une entreprise funéraire**, il peut ensuite soit y reposer jusqu'aux obsèques, soit être transféré secondairement vers sa résidence, celle d'un membre de sa famille ou dans une chambre funéraire.
- **Être transporté directement du service de soins** vers sa résidence, celle d'un membre de sa famille ou une chambre funéraire. La personne doit alors être habillée dans l'unité de soins. Le prestataire funéraire se charge des formalités administratives auprès de la mairie (état civil, déclaration de décès, déclaration de transport).

Si le défunt est isolé ou sans famille, l'indiquer sans tarder à l'entreprise funéraire et à la mairie du lieu d'habitation du défunt.

2.14.6 Transport de corps avant mise en bière

Les transports sans mise en bière ne peuvent être assurés que par des entreprises habilitées par le préfet, dans des voitures spécialement aménagées dont la liste est disponible auprès des services.

C'est à la famille de choisir elle-même l'entreprise (comme pour les transports sanitaires) ; Les professionnels de santé ne doivent en aucun cas influencer ce choix.

La déclaration écrite de transport signée par la famille ou le prestataire funéraire mandaté par cette dernière doit être impérativement transmise, au préalable, auprès des services de la mairie.

La déclaration de décès doit être faite dans les meilleurs délais.

2.14.7 Prise en charge administrative des morts fœtales in utéro et fausses couches tardives

Cette prise en charge suit un mode opératoire spécifique élaboré conjointement par le service Maternité et la Direction selon les préconisations du Réseau Régional Sécurité Naissances.

2.14.8 Don du corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination.

2.14.9 Liberté des funérailles – Dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du centre hospitalier afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au centre hospitalier au profit de structures médicales de leur choix. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse du centre hospitalier et des structures médicales bénéficiaires ou de toute autre condition émise par les patients, le centre hospitalier respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents du centre hospitalier ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du centre hospitalier. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

Chapitre 3 : Dispositions relatives à la démarche qualité – Gestion des risques - Sécurité et hygiène

3.1 Politique et démarche Qualité

En application de l'article L6111-2 du code de la santé publique, tout établissement de santé élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Cette démarche qualité engage tous les professionnels de l'établissement qui jouent, chacun à leurs différents niveaux, un rôle essentiel dans cette qualité du service rendu. En effet, la politique qualité et gestion des risques est avant tout tournée vers le service rendu à la patientèle ; les personnels hospitaliers (médicaux et paramédicaux, techniques, logistiques et administratifs) mettent en commun leurs compétences pour assurer :

- La qualité des soins prodigués,
- La sécurité et le confort des patients (prévention des risques hospitaliers et sanitaires, lutte contre la douleur, ...),
- Le respect des droits des personnes hospitalisées,
- La satisfaction des usagers (évaluation et prise en compte des attentes, exploitation des questionnaires de satisfaction, ...).

En outre, afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tout établissement de santé doit faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification (article L6113-3 du code de la santé publique).

3.1.1 Mise en œuvre de la démarche qualité

La politique qualité est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle.

L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes.

La direction responsable de la politique qualité recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires, sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des autoévaluations, des visites de certification, des modalités d'écoute des usagers développées au sein de l'établissement et des avis et propositions émis par la commission des usagers, ainsi que suit l'avancée des actions et les fédère.

3.1.2 L'organisation de la démarche

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient.

Cette procédure donne lieu à la visite d'experts de la Haute autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique visant à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social au bénéfice des personnes.

Cette procédure de certification s'inscrit dans un double courant qui prône :

- D'une part, une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel et sur une évaluation externe par des pairs,
- D'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus.

Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale et sur un groupe de pilotage et de suivi.

3.2 La gestion des risques

3.2.1 Conditions générales

Le directeur (ou, selon les cas, son délégataire notamment l'administrateur de garde) prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant l'établissement.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques (cartographie) et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement du centre hospitalier, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernées. Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes 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 de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur (ou, selon les cas, son délégataire notamment l'administrateur de garde) qui informe la F3SCT.

Conformément à la réglementation, le service de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

3.2.2 Organisation des vigilances sanitaires

- **Matéiovigilance** : Dispositif de surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché
- **Pharmacovigilance** : Dispositif de surveillance des médicaments et de prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation.
- **Réactovigilance** : Dispositif de vigilance destiné à la surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.
- **Hémovigilance et Sécurité transfusionnelle** : Dispositif de surveillance, de vigilance et d'amélioration de la sécurité des patients transfusés dans l'établissement.
- **Identitovigilance** : Dispositif de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients, avec pour objectif de fiabiliser l'identification du patient et les

documents le concernant pour contribuer à la qualité de la prise en charge.

- **Nutrivigilance** : Dispositif qui a pour objectif d'améliorer la sécurité des consommateurs en identifiant rapidement d'éventuels effets indésirables liés à la consommation de certains aliments.
- **Radioprotection** : Dispositif de surveillance préventive face à l'exposition des professionnels aux rayonnements ionisants d'origine naturelle ou artificielle.

3.3 Nature et finalités des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles ont également pour but de pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels. 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 leur outil 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 portant règlement intérieur spécifique 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 généraux du droit.

3.4 Opposabilité des règles de sécurité

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du centre hospitalier, toute personne y ayant pénétré 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 logés sur son domaine n'en disposent 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 les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

3.5 Accès au centre hospitalier

3.5.1 Conditions d'accès

L'accès dans l'enceinte du centre hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

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.

Le centre hospitalier se conforme à la réglementation relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, aux personnes handicapées, et met tout en œuvre pour permettre à ces dernières d'accéder, de circuler et recevoir les informations diffusées.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'établissement n'est pas justifiée, soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie de l'établissement.

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.

Sauf faits justificatifs ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire au sein du centre hospitalier animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

3.5.2 Circulation et voiries

Les dispositions du Code de la route s'appliquent dans les différents sites du CHEL.

La vitesse de circulation est limitée à 30 km/heure dans l'enceinte des sites du CHEL.

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'établissement constituent des dépendances du domaine public de l'établissement que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers de l'établissement, ne peuvent être considérés comme des voies ouvertes à la circulation publique.

3.5.3 Stationnement

Dans l'enceinte de chaque site du CHEL, les véhicules doivent stationner sur les emplacements prévus à cet effet et ne doivent en aucune manière gêner la circulation ou bloquer des voies d'accès.

Les places réservées aux ambulances, aux personnes en situation de handicap ne doivent pas être détournées de l'usage prévu.

Les places situées sur l'espace de dépôt des urgences sont strictement réservées aux véhicules de secours, aux ambulanciers, aux patients des urgences ou à leurs familles qui viennent les déposer.

En cas de non-respect des dispositions précitées concernant le stationnement, il sera fait appel à la gendarmerie et le contrevenant s'exposera à une verbalisation.

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. A ce titre, elle ne saurait en rien engager la responsabilité du CHEL, notamment en cas d'accidents de la circulation, de vols de véhicules ou de dégradations, tant pour le personnel que pour les visiteurs.

3.5.4 Espaces verts

Les espaces verts doivent être scrupuleusement respectés. Leur accès est interdit hors des lieux d'aménagement spécifique (bancs, circulations piétonnières).

3.6 Matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique, s'effectue dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances internes de l'établissement.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il doit être conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et faire l'objet d'une déclaration préalable à la préfecture.

Le centre hospitalier est également équipé d'un portail à l'entrée logistique de l'établissement. Ces équipements sont automatisés pour une ouverture ou fermeture aux horaires déterminés par la direction

et par avis des instances.

3.7 Atteintes au bon fonctionnement – 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.

3.8 Sécurité et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis de l'établissement et des personnels hospitaliers.

En cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages, l'établissement assure 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. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel. Le directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital.

Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le directeur, en application du code de procédure pénale, peut porter les faits à la connaissance du procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit, ou *a fortiori* un crime.

3.9 Relations avec l'autorité judiciaire

Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

3.10 Relations avec les autorités de gendarmerie

Ces relations ont fait l'objet d'un protocole d'accord entre la compagnie de gendarmerie et le centre hospitalier.

Ce protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité de l'établissement, dans les services en général et aux urgences en particulier, ainsi qu'à ses abords immédiats et de renforcer la coopération entre les forces de gendarmerie et les services de l'établissement.

Le directeur doit être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient...).

3.11 Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur (ou, selon les cas, son délégataire notamment l'administrateur de garde) prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le F3SCT en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'établissement à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site de l'établissement.

En cas de péril grave et imminent pour le centre hospitalier, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur (ou, selon les cas, son délégataire notamment l'administrateur de garde) peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public de l'établissement, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

L'établissement se conforme aux dispositions du plan « Vigipirate » dans les dispositions qui le concernent et met à jour l'affichage nécessaire à chaque entrée et sortie de bâtiment.

3.12 Astreintes techniques

Dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les directions fonctionnelles concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement.

Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

L'organisation de ces dispositifs est soumise à l'avis des instances internes selon les modalités réglementaires applicables.

3.13 Les gardes administratives

Une garde administrative est organisée pour répondre à la nécessité de continuité d'une autorité responsable et faire face à tout événement susceptible d'entraver le fonctionnement normal de l'établissement. Cette garde administrative couvre l'ensemble des quatre établissements du centre hospitalier.

Elle est assurée à titre obligatoire par les cadres administratifs de catégorie A (équipe de direction) avec l'association, sur la base du volontariat, des cadres administratifs et cadres supérieurs de santé supérieurs de catégorie A et B.

Le calendrier des gardes administratives est établi par le directeur.

Pendant sa garde, l'administrateur de garde est investi par délégation de la compétence et de la responsabilité du directeur. Il lui appartient d'avertir ce dernier des événements qui, en raison de leur

nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager sa responsabilité sur les 4 sites du CHEL.

3.14 Sécurité anti-incendie

L'établissement est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie et de panique applicables à tous les établissements recevant du public.

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les séances de formation interne relative à la sécurité contre l'incendie.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc.) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la direction des travaux et des services techniques.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au niveau des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- la conduite à tenir en cas d'incendie
- les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques
- l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

L'établissement tient un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, notamment des incendies. Parmi ces renseignements figurent :

- l'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie
- l'état et la situation des moyens de secours
- les dates des divers contrôles et vérifications, ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu dans les différents domaines techniques
- les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes, clapets coupe-feu...)
- les dates et contenus des opérations de travaux liées au schéma directeur réalisées au sein du centre hospitalier
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont présentés à la commission de sécurité incendie à l'occasion de ses passages réguliers au sein de l'établissement.

3.15 Interdiction de fumer et de « vapoter »

Il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts de l'établissement. Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, les résidents, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer, à l'exception des espaces dédiés identifiés.

Le cas échéant, et à titre exceptionnel, l'application de l'interdiction de fumer peut être progressive pour

certaines patients en raison de leur pathologie, lorsque la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures.

Pour renforcer la lutte contre le tabagisme, l'établissement est reconnu et labélisé :

« Lieu de Santé Sans Tabac » en signant la charte du même nom.

Un hôpital sans tabac ou lieu de santé sans tabac est un établissement de santé :

- Au sein duquel on s'abstient de fumer au-delà du simple respect de la législation en vigueur ;
- Où on met en œuvre une politique active inscrivant la prévention et la prise en charge du tabagisme dans le parcours des patients et prévoyant des mesures spécifiques pour les personnels.

3.16 Organisation en cas de crise : Plan Blanc

Conformément aux articles L3131-7, R3131-13 et R3131-14 du code de la santé publique, l'établissement est doté d'un dispositif de crise, appelé plan blanc, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc peut être déclenché par le directeur de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'État dans le département, ou à la demande de ce dernier.

Les dispositions du plan blanc sont mises en œuvre par le directeur d'établissement. En cas d'absence du directeur, l'administrateur de garde prend le relais.

Dans la hiérarchie de défense sanitaire, en tant qu'établissement disposant d'un service d'urgences, le CHEL est un établissement de support et de repli pour le département de la Loire-Atlantique. Il est classé suivant les dispositifs :

- deuxième ligne renforcé dans le dispositif AMAVI ;
- deuxième ligne pour les risques épidémiques et biologique (REB) ;
- première ligne de base pour les risques nucléaire, radiologique et chimique (NRC)
- troisième ligne pour les risques médico-psychologiques.

Par ailleurs, pour les secteurs d'hébergement des personnes âgées du CHEL, est défini un dispositif de crise, appelé « plan bleu », détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (canicule), conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles.

3.17 Sécurité du système d'information

La sécurité du système d'information est gérée en lien avec le GHT 44.

Les professionnels du CHEL doivent se conformer et appliquer tous les messages de prévention des risques en matière de cyber sécurité.

Par ailleurs, il a été nommé un délégué à la protection des données (DPO). Il est au cœur du règlement européen, qui constitue le cadre juridique applicable depuis mai 2018 dans toute l'Union européenne. Il est chargé d'accompagner, d'informer et conseiller les professionnels du CHEL, de contrôler le respect du règlement et du droit national en matière de protection des données. Il coopère avec la CNIL.

Chapitre 4 : Dispositions relatives au personnel

Le statut de l'ensemble du personnel est régi par le Code Général de la Fonction Publique.

4.1 Droits et expression des professionnels

Les professionnels bénéficient (sous réserve des contraintes liées à leur statut d'agent public), des mêmes libertés publiques que les autres citoyens. Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

4.1.1 Liberté d'opinion – non-discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux professionnels.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique ou de leur handicap. Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe. La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat. De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

4.1.2 Protection organisée des professionnels

Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées notamment par le code pénal.

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

4.1.3 Protection contre le harcèlement

La carrière du fonctionnaire ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les fonctionnaires qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

Aucun fonctionnaire 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.

4.1.4 Droit d'accès à son dossier administratif

Tout fonctionnaire a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes

doivent être adressées à la direction des ressources humaines.

4.1.5 Le droit à la formation et au développement professionnel continu

Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents titulaires et non titulaires de l'établissement. Elle a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité.

Le droit au développement professionnel continu (DPC) est reconnu aux personnels médicaux et paramédicaux qui y sont réglementairement soumis.

Il a notamment pour objectif d'évaluation des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances.

4.1.6 Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail

Les diverses dispositions prises en matière d'organisation du temps de travail sont rassemblées dans un guide/ référentiel accessible en interne (dossiers « publics ») et disponible à la direction des ressources humaines.

Le télétravail a été mis en place et fait l'objet d'un protocole.

4.1.7 Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels du centre hospitalier.

Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

4.1.8 Droit de grève

Les personnels disposent du droit de grève, sous réserve que la continuité du service soit assurée. La détermination des effectifs nécessaires dans les services est arrêtée par le directeur, après concertation avec les représentants du personnel et avis du CSE, en tenant compte de la sécurité des patients et de la préservation du matériel et des bâtiments.

Les modalités pratiques de cet exercice sont précisées dans un protocole interne.

Un délai de préavis de 5 jours doit être respecté avant le début de la grève. Ce préavis précise les motifs du recours à la grève.

Les assignations destinées à assurer un service minimum sont délivrées par le directeur ou ses représentants (cadres de tous services) en fonction des dispositions précédemment arrêtées.

4.1.9 Droit d'expression interne

Le chef de pôle organise au sein du pôle dont il est en charge une concertation interne associant toutes les catégories du personnel. Les personnels du centre hospitalier qui ne relèvent pas des instances de concertation d'un pôle d'activités bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail, dans des conditions arrêtées par le directeur du centre hospitalier, après avis du CSE.

4.1.10 Droit de retrait

Un agent peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent.

Il en informe immédiatement son responsable hiérarchique, afin que des mesures immédiates soient prises pour faire cesser la situation et permettre la reprise du travail.

4.1.11 La protection contre les actes de violence et d'harcèlement

Ce sujet fait l'objet d'un groupe de travail en cours de réflexion et d'élaboration d'un protocole précis qui sera soumis aux instances compétentes et mis à la disposition des professionnels.

4.1.12 Le droit à l'image

La captation et la diffusion d'images et/ou de sons d'un agent sans son accord sont interdites. Sur le fondement premier du respect de la vie privée (article 9 du code civil), le droit à l'image permet à tout agent de s'opposer à la captation et à la diffusion publique d'images et de demander, le cas échéant, la suppression d'images et/ou de sons sur lesquels l'intéressé est reconnaissable.

De façon plus générale, le respect de l'image s'applique à tous : dès lors, il est interdit de photographier, de filmer ou d'enregistrer à son insu toute personne circulant dans l'enceinte de l'établissement. La production et la diffusion de ces contenus ne sont pas admises.

4.2 Principes fondamentaux liés au respect du patient

4.2.1 Demandes d'informations

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

L'obligation fondamentale des professionnels est de respecter, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, deux obligations qui garantissent le bon fonctionnement du service public et la confiance des usagers : le secret professionnel et la discrétion professionnelle.

4.2.2 Secret professionnel

L'article L121-6 du Code Général de la Fonction Publique indique que « l'agent public est tenu au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal ». Par ailleurs, l'article L110-4 du CSP stipule que toute personne prise en charge par un professionnel de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Ainsi, tout agent public est strictement tenu de ne pas divulguer les informations confidentielles dont il a connaissance sans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions (hors dérogation expressément prévues par la loi). Ces informations peuvent concerner :

- Les dossiers médicaux des patients/résidents
- Les situations personnelles ou professionnelles des collègues et usagers.

En conséquence, aucun agent de l'établissement n'est autorisé, sauf le secret professionnel partagé (cf. 2.10.1 du présent règlement) :

- A communiquer à qui que ce soit (collègue, famille, amis...) des informations sur l'état de santé d'un patient/résident de l'établissement ;
- A consulter le dossier médical d'un patient/résident qui ne se trouve pas dans son service d'affectation.

Institué dans l'intérêt des patients/résidents, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des

informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du centre hospitalier.

Le secret est un principe fondamental. Il ne peut y être dérogé que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi.

4.2.3 Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

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

En-dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents du centre hospitalier.

L'obligation de discrétion professionnel s'applique à tous les échanges, y compris en dehors du cadre professionnel : réseaux sociaux, discussions privées.... Et concerne tout propos ou comportement susceptible de nuire à l'image du service public ou de porter atteinte à la confidentialité des missions exercées.

Ainsi, les agents de l'établissement ne sont, entre autres, pas autorisés :

- à partager des informations sur l'organisation interne, les décisions de service ou les relations de travail,
- à commenter des situations professionnelles en public ou sur les réseaux sociaux.

4.2.4 Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.

Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

4.2.5 Sollicitude envers les patients et les résidents

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients et des résidents dont ils ont la charge.

Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente.

D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers. Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout

particulièrement la nuit) dans les services de soins.

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

4.2.6 Identification vis-à-vis des interlocuteurs

Afin de se faire connaître aux patients et aux résidents, ainsi qu'à leurs familles et sauf exceptions décidées par le directeur, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnels des associations visées dans le présent règlement.

4.2.7 Promotion de la bientraitance

Les professionnels du centre hospitalier agissent dans le souci du patient et du résident. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus.

Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient/résident et l'amélioration de sa vie quotidienne. Le centre hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives. L'ensemble de ces principes sont énoncés à travers la Charte de la bientraitance au centre hospitalier à laquelle sont tenus de se conformer les personnels de l'établissement.

4.2.8 Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

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

De même 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 (appareillages inclus).

4.3 Obligations des personnels au titre de l'exercice de leur fonction

4.3.1 Exécution des instructions reçues

Tout agent de l'établissement, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

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

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Certes, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

4.3.2 Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel du centre hospitalier d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

4.3.3 Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du centre hospitalier (titulaires ou stagiaires) sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps. Les personnels doivent solliciter l'autorisation de la direction des ressources humaines avant tout exercice de cumul d'activités.

4.3.4 Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du centre hospitalier de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les personnels ne doivent accepter des patients, des résidents ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service.

4.3.5 Travail en équipe pluridisciplinaire

Les agents du centre hospitalier sont amenés à travailler en équipes pluridisciplinaires. L'institution assure la promotion d'un certain nombre de valeurs communes du travail en équipe afin d'améliorer la qualité du « prendre soin » des patients et des résidents, en développant des compétences collectives et en facilitant l'intégration des futurs collègues.

4.3.6 La continuité du service public et l'absence d'un professionnel

Le CHEL est un établissement fonctionnant 365 jours par an et 24h/24.

A ce titre, en cas d'absence imprévue d'un agent et si la nécessité du service l'impose, les agents déjà en poste peuvent être amenés à rester à leur poste de travail, à charge pour le cadre du service ou l'administrateur de garde, en dehors des heures ouvrables, de rechercher dans les meilleurs délais et par tout moyen une solution de remplacement.

Les absences prévues d'un agent, quelles qu'en soit le motif (y compris pour événements familiaux), doivent avoir fait l'objet d'une autorisation préalable, faute de quoi, l'agent peut être considéré en absence irrégulière. Cette autorisation doit être sollicitée auprès du cadre et est accordée sous réserve

des nécessités de service.

L'absence non planifiée d'un agent peut résulter :

- D'un arrêt de travail ; dans ce cas, l'agent doit justifier de son absence par un certificat médical prescrivant cet arrêt, y compris le week-end,
- D'un évènement familial (maladie de l'enfant, décès d'un proche, ...) qui justifie une autorisation préalable du supérieur hiérarchique ou de l'administrateur de garde qui apprécie les nécessités de service.

Aux heures ouvrables, l'agent prévient son encadrement. En dehors des heures ouvrables, l'agent prévient son service mais également l'administrateur de garde en prêtant néanmoins attention à l'heure appropriée pour activer le rappel de remplaçants ou à défaut de collègues.

En effet, il est difficile de contacter un potentiel remplaçant entre 22h et 6h du matin.

Lorsque l'agent souhaite quitter ses fonctions en cours de service, il sollicite impérativement le cadre référent aux heures ouvrables et l'administrateur de garde en dehors des heures ouvrables. Ceux-ci apprécient le caractère impérieux ou non de la situation, et mettent en œuvre les moyens de pallier la situation dans la mesure du possible.

L'administrateur de garde peut être amené à imposer à un agent de revenir pour assurer la continuité du service public hospitalier, dans le cadre des plans d'urgence.

4.3.7 Règles de comportement

Les agents ne doivent en aucun cas porter atteinte à la dignité de leurs collègues de tout grade par un comportement déplacé ou des propos agressifs ou diffamatoires. De tels comportements ou propos sont passibles de sanctions disciplinaires.

Le fait pour un agent d'adopter, directement ou indirectement, un comportement irrespectueux de nature à perturber le bon fonctionnement du service constitue une faute professionnelle, susceptible de donner lieu à des poursuites disciplinaires.

4.3.8 Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions applicables au niveau national, ou par les tableaux de services.

4.3.9 Information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Tout agent amené à effectuer des heures supplémentaires doit solliciter préalablement l'autorisation de son chef de service.

De même, tout agent amené à conduire un véhicule de service dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

4.3.10 Obligation de signalement

4.3.10.1 En cas d'arrêt de maladie

En cas d'arrêt de maladie (ou de prolongation d'un arrêt), tout professionnel doit informer

immédiatement son supérieur hiérarchique par téléphone ou par mail.

Les agents titulaires doivent transmettre, dans un délai maximum de 48 heures, les volets n°2 et 3 de l'arrêt, au gestionnaire RH du site travaillé. Le volet 1 est à conserver par l'agent. Il peut également présenter tout document attestant un arrêt, signé d'un médecin.

L'arrêt ne doit pas être télétransmis par le médecin à la CPAM car c'est le CHEL qui est en charge des arrêts des professionnels fonctionnaires.

Les agents contractuels (CDD ou CDI) doivent transmettre, dans un délai de 48 heures, le volet 3 de l'arrêt au gestionnaire RH du site travaillé. En cas de télétransmission par le médecin, l'agent doit demander un duplicata pour l'adresser au CHEL.

En cas d'arrêt, il est obligatoire de :

- Cesser toute activité rémunérée,
- Se soumettre aux visites de contrôle demandées par l'administration, le conseil médical ou par la CPAM,
- Respecter les horaires de sortie mentionnés sur l'arrêt de travail,
- Informer le service RH de tout changement de résidence.

4.3.10.2 Des incidents et événements indésirables

Un système de signalement des événements indésirables est en place au sein de l'établissement.

Chaque agent est habilité et tenu de signaler, par ce système, tout événement entrant dans le périmètre défini selon les procédures en place.

4.3.10.3 Modifications de sa situation personnelle

L'agent est tenu de porter à la connaissance de la Direction des ressources humaines les modifications relatives à :

- Ses coordonnées postales et téléphoniques qui doivent être connues de l'administration dans l'hypothèse notamment du déclenchement d'un plan blanc,
- Sa situation familiale lorsqu'elle justifie du versement de primes ou d'indemnités particulières,
- Une mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire pour tout agent amené à conduire un véhicule de l'établissement dans le cadre de ses fonctions ; l'agent concerné par une telle mesure doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique.

4.3.11 Audition en justice ou auprès des autorités de police

Tout agent du centre hospitalier, titulaire ou contractuel appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service peut bénéficier de la protection fonctionnelle.

Dans ce cas, le professionnel doit faire une demande écrite auprès de la direction.

4.3.12 Bon usage des biens du centre hospitalier

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le centre hospitalier. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront le centre hospitalier à en demander la réparation pécuniaire

4.3.13 Bonne 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 l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière en respectant les chartes et

règlements que l'institution se donne. Le centre hospitalier Erdre et Loire édicte notamment une charte informatique, dont les règles et obligations qu'elle définit s'appliquent à tout utilisateur des moyens informatiques internes à l'établissement ou externes, accessibles via les réseaux informatiques du centre hospitalier.

Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

4.3.14 Le respect de la politique d'affichage

L'affichage renvoie à toute inscription, forme ou image, destinée à informer le public ou à attirer son attention, sur quelque support que ce soit (papier, stickers...).

Le CHEL a déterminé une politique d'affichage qui précise les lieux et les conditions dans lesquels les personnels et représentants du personnel sont autorisés à afficher des informations.

L'affiche ne respectant pas cette politique est strictement interdit.

Les affichages de manifestations/ventes/actions n'ayant pas de lien avec le CHEL ne sont pas autorisés.

4.3.15 Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients et résidents, ou trouvés au sein du centre hospitalier

Aucun agent du centre hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai, en fonction de leur nature, au service économique ou auprès de l'agent comptable du centre hospitalier ou, en dehors des heures d'ouverture de ces services, dans les coffres destinés à cet usage. Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein du centre hospitalier doit être directement remis au son responsable hiérarchique afin qu'il en organise la transmission auprès des services concernés ou auprès de la direction.

4.3.16 Respect des règles d'hygiène et de sécurité

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. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients et des résidents les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer. En revanche, le port de la tenue professionnelle n'est pas autorisé pour aller déjeuner au self de l'établissement.

D'une manière générale, ils se conforment aux protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement, relatifs notamment à l'hygiène des mains et à la tenue vestimentaire des personnels des services de soins. Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du centre hospitalier et de ses usagers.

4.3.17 Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux patients et aux résidents, et entre professionnels. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant au sein du CHEL. La familiarité à l'égard des malades ou des résidents est formellement proscrite.

4.3.18 Usage du téléphone portable personnel

L'utilisation du téléphone portable personnel est interdite durant le temps de travail.

Cette mesure s'applique à tous les services, concerne tous les agents et vise à

- Préserver la qualité des soins prodigués aux patients
- Eviter toute distraction susceptible de compromettre la sécurité au travail.
- Maintenir un environnement de travail propice à la concentration pour l'exercice des fonctions

de chacun

L'usage du téléphone portable est toléré uniquement pendant les temps de pause identifiés, sans interférer avec les obligations professionnelles, sur le lieu de pause ou en extérieur.

4.3.19 L'usage du tabac, le vapotage et les autres produits

Il est interdit de fumer dans et à proximité des locaux dédiés à l'hospitalisation ; de même, il est interdit de vapoter dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif conformément aux dispositions du code de la santé publique (article R3512-2 et article L3513-6 du code de la santé publique), à l'exception des espaces dédiés identifiés.

Pour rappel, le CHEL est engagé dans une démarche de Lieu de Santé Sans Tabac. A ce titre les professionnels souhaitant diminuer voire arrêter la consommation de tabac peuvent être accompagnés par la coordinatrice infirmière identifiée LSST.

Par ailleurs, il est formellement interdit d'introduire et de consommer de l'alcool dans l'enceinte de l'établissement. En outre, conformément aux dispositions du code du travail, et dans la mesure où il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse, tout agent susceptible d'être alcoolisé peut se voir contraint, à la demande de la direction de l'établissement, de se soumettre à un test d'alcoolémie réalisé par le service de santé au travail.

4.3.20 L'utilisation des clés

Les professionnels ne sont pas tenus d'avoir de clés de l'établissement.

Néanmoins, afin de pourvoir à leur activité professionnelle, des clefs donnant accès à certaines zones de l'établissement sont mises à disposition de certains personnels. Celles-ci sont confiées nominativement et elles doivent être utilisées exclusivement au cours des périodes de travail de l'agent. En cas de perte ou de vol, l'agent devra expressément déclarer ce fait auprès de la Direction des Achats, de la Logistique et des Travaux (DALT) de l'établissement au moyen d'un rapport circonstancié.

4.3.21 Discipline

Toute faute commise par un agent dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale (article L530-1 du code général de la fonction publique).

La faute donnant lieu à sanction peut consister en un manquement aux obligations légales ou en un agissement constituant en même temps une faute pénale. D'une manière générale, il y a faute disciplinaire chaque fois que le comportement d'un agent public entrave le bon fonctionnement du service ou porte atteinte à la considération du service dans le public. Il peut s'agir d'une faute purement professionnelle, mais également d'une faute commise en dehors de l'activité professionnelle (comportement incompatible avec l'exercice des fonctions, comportement portant atteinte à la dignité de la fonction).

Les sanctions disciplinaires applicables sont limitativement énumérées par la loi ; et se répartissent en quatre groupes (article L533-1 du code général de la fonction publique).

Le pouvoir disciplinaire appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination, c'est-à-dire au directeur de l'établissement (article L532-1 du code général de la fonction publique). Les sanctions sont qualifiées par le directeur de l'établissement, selon la nature et la gravité de la faute. Elles sont prononcées au terme d'une procédure disciplinaire dont l'engagement suppose le respect de garanties procédurales (article L532-1 à L532-3 du code général de la fonction publique).

Chapitre 5 : Procédure de diffusion et de modification du Règlement Intérieur

5.1 Diffusion du RI

Conformément à l'article R1112-78 du Code de la Santé Publique, le présent règlement est communiqué à toute personne qui en formule la demande.

5.2 Procédure de modification du RI

Les modifications à apporter au règlement intérieur sont adoptées après :

- Concertation avec le directoire,
- Consultation du CSE, de la CME et de la CSIRMT,
- Avis du conseil de surveillance.

Elles sont proposées par le directeur.