



Règlement Intérieur Hôpitaux du Bassin de Thau

Le présent règlement intérieur est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment de son article L6143-1. Il définit les règles de fonctionnement de l'établissement. Il est fondé sur l'objectif institutionnel de garantir et d'assurer le respect des droits et obligations des patients, des personnels et de tout usager de l'hôpital. Il est tenu à la disposition des patients et de leurs proches et de toute personne qui en formule la demande. Il est mis en ligne sur les sites internet et intranet du centre hospitalier pour en faciliter l'accès et la connaissance par l'ensemble des agents. Ce règlement intérieur s'impose à tous les agents hospitaliers, aux usagers et tous intervenants extérieurs.



Hôpital Saint-Clair—Sète



Hôpital Saint-Loup — Agde



Ehpad Claude Goudet
Marseillan



Ehpad Laurent Antoine
Agde



Ehpad L'estagnol
Vias



HRM Les Pergolines
Sète

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES..... 10

Section 1 : Organisation administrative et instances spécialisées..... 10

Sous-section 1 : Les Instances, le Directeur et l'Equipe de Direction..... 10

Article 1 - Le Conseil de Surveillance 10

Article 2 - Le Directoire 12

Article 3 - La Commission Médicale d'Etablissement 13

Article 4 - La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques 15

Article 5 - le Comité Technique d'Etablissement..... 16

Article 6 - Le Directeur..... 17

Article 7 - L'équipe de direction 19

Sous-section 2 : Comités, Commission et Groupes consultatifs spécialisés..... 19

Article 8 - Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail 19

Article 9 - Les Commissions Administratives Paritaires Locales 20

Article 10 - La Commission des Marchés 21

Article 11 - La Commission d'Activité Libérale 21

Article 12 - Les réunions de suivi budgétaire..... 22

Article 13 - Collège du DIM..... 22

Article 14 - La Commission de l'Eau..... 22

Article 15 - Plan d'investissement dans le domaine biomedical 22

Section 2 : Organisation institutionnelle en pôles 23

Article 16 - L'organisation en Pôles d'Activité 23

Article 17 - Les réunions de pilotage d'activité..... 25

section 3 : Organisation de la protection des biens, des personnes et des données 26

Sous-section 1 : Protection des biens et des personnes / règles de sécurité opposables 26

Article 18 - Sécurité générale et police administrative sur les sites des HBT 26

Article 19 - La garde technique..... 26

Article 20 - Les dispositions relatives à la circulation dans l'établissement 26

Article 21 - La lutte contre l'incendie 27

article 22 - La lutte contre le tabagisme 27

Article 23 - L'interdiction d'introduire des produits ou objets dangereux ou prohibés par la Loi 28

Sous-section 2 : Les biens des patients hospitalisés..... 28

Article 24 - Les dépôts de biens des patients hospitalisés et leur restitution 28

Sous-section 3 : Sécurité des données..... 29

Article 25 - Les codes d'accès informatiques..... 29

Article 26 - La charte informatique..... 29

Article 27 - Les déclarations de dossiers à la CNIL 29

Article 28 - Informatisation des données médicales , droit de rectification des données informatisées 29

Article 29 - L'installation de logiciels 29

Article 30 - La transmission des informations personnelles détenues par l'établissement 30

Article 31 - Le dossier patient 30

Article 32 - Archivage des données médicales 31

CHAPITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DES ACTIVITES MEDICALES ET SOIGNANTES 31

Section 1 : La permanence des soins 31

Article 33 - La permanence des soins	31
Article 34 - La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins	32
Section 2 : Le Département d'Information Médicale	32
Article 35 - Département de l'information médicale	32
Section 3 : Le statut des médecins et pharmaciens	33
Article 36 - Les chefs de Pôle	33
Article 37 - Les praticiens responsables de structures internes	33
Article 38 - Les praticiens hospitaliers (PH)	33
Article 39 - Les praticiens attachés	33
Article 40 - Les praticiens contractuels	34
Article 41 - Les assistants des Hôpitaux	34
Article 42 - Les internes	34
Article 43 - L'organisation pharmaceutique	34
Article 44 - L'organisation du laboratoire de biologie médicale et d'anatomopathologie	35
Section 4 : La direction des Soins / l'organisation paramédicale	35
Article 45 - La Direction des Soins	35
Section 5 : Les instances du bloc opératoire	36
Article 46 - Conseil de bloc	36
Article 47 - Cellule de supervision	37
Article 48 - Commission des utilisateurs du bloc opératoire	37
Section 6 : La réflexion Ethique	38
Article 49 - L'éthique	38
 CHAPITRE III – PREVENTION ET GESTION DES RISQUES - QUALITE SECURITE DES SOINS....	38
Section 1 : Organisation qualité / gestion des risques	38
Sous-section 1 : Structuration et coordination de la démarche	38
Article 50 - Elaboration du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	38
Article 51 - Coordination : le Comité de Gestion des Risques	38
Article 52 - Le Groupe de Suivi de Gestion des Risques	39
Article 53 - Mission Qualité	39
Article 54 - Référents Qualité / RISQUES	40
Sous-section 2 : Organigramme de gestion des risques – désignation de référents et experts par domaine de risque	41
Article 55 - Les vigilances sanitaires	41
Article 56 - Risques associés aux soins	41
Article 57 - Autres risques	42
Section 2 : Focus sur les comités, commission et groupes constitués de façon pérenne œuvrant dans le domaine qualité/risque	42
Article 58 - La Commission des anti- Infectieux	42
Article 59 - Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition	43
Article 60 - Le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales	43
Article 61 - L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène	43
Article 62 - La Commission des Fluides Médicaux	44
Article 63 - Le Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles	44
Article 64 - La Commission Prévention et Soins des Plaies	45
Article 65 - Le Comité de Lutte contre la Douleur	45
Article 66 - Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance	46

Section 3 - Le retour d'expérience et le Développement Professionnel Continu (DPC) : des leviers pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	47
Sous-section 1 : Mise en œuvre du retour d'expérience	47
Article 67 - Le retour d'expérience – Risques liés aux soins	47
Sous-section 2 : Le Développement Professionnel Continu	47
Article 68 - Le DPC	47
Article 69 – Le Comité DPC	48
Article 70 – le groupe d'accompagnement formation et évaluation des pratiques	48
Section 4 : Les Plans d'urgence	48
Article 71 - Les plans d'urgence	48

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS 49

Section 1 : Admissions – consultations externes	49
Sous-section 1 : Dispositions générales	49
Article 72 - La permanence d'accès aux soins de santé ou accès aux soins des personnes démunies	49
Article 73 - Accès au service social	49
Article 74 - Admission hors urgence	49
Article 75 - Décision de l'Agence Régionale de Santé	50
Article 76 - Admission en urgence	50
Article 77 - Les consultations externes	50
Article 78 - Activité Libérale.....	50
Sous-section 2 : Dispositions particulières.....	51
Article 79 - Femmes enceintes – admission – déclaration de naissance	51
Article 80 - Femmes enceintes – secret de l'hospitalisation	51
Article 81 - Admission pour IVG.....	51
Article 82 - Militaires – admission hors cas d'urgence	52
Article 83 - Militaires – admission en urgence	52
Article 84 - Relations avec les services de police.....	52
Article 85 - Détenus – admission	53
Article 86 - Détenus – régime d'hospitalisation	53
Article 87 - Détenus – incident en cours d'hospitalisation	53
Article 88 - Détenus – mesures de surveillance et de garde	53
Article 89 - Mineurs – admission – hospitalisation.....	53
Article 90 - Mineurs – information et consentement	53
Article 91 - Mineurs – autorisation d'opérer – refus de soins	54
Article 92 - Mineurs – garde et protection	54
Article 93 - Consultation de mineurs non accompagnés	54
Article 94 - Mineurs relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance	54
Article 95 - Mineurs – accompagnants	54
Article 96 - Majeurs protégés	55
Article 97 - Admission des patients étrangers	56
Article 98 - Admission des patients toxicomanes	56
Sous-section 3 : Les régimes d'hospitalisation et les frais de séjour	57
Article 99 - Régimes d'hospitalisation	57
Article 100 - Les frais de séjour.....	57
Section 2 : Admissions en secteur santé mentale et en EHPAD	58
Sous-section 1 : Les modalités d'admission en secteur Santé Mentale	58

Article 101 - La psychiatrie.....	58
Sous-section 2 : Les modalités d'admission en USLD et EHPAD	61
Article 102 - Conditions et décisions d'admissions	61
Article 103 - Le contrat de séjour	66
Section 3 : Sortie	66
Sous-section 1 : Dispositions générales	66
Article 104 - Formalités de sortie	66
Article 105 - Autorisation de sortie	67
Article 106 - Sortie des patients mineurs	67
Article 107 - Sortie d'un militaire.....	67
Article 108 - Sortie des nouveaux nés	67
Article 109 - Transport en ambulance pour sortie au domicile	68
Article 110 - Sortie disciplinaire	68
Article 111 - Sortie contre avis médical	68
Article 112 - Sortie après refus de soins	68
Article 113 - Sortie à l'insu du service – Fugue	68
Section 4 : Mesures à prendre en cas de décès du patient	69
Article 114 - Constat de décès	69
Article 115 - Notification de décès	69
Article 116 - Les formalités administratives relatives au décès.....	69
Article 117 - Déclaration d'enfant sans vie.....	70
Article 118 - Indices de mort violente ou suspecte	70
Article 119 - Toilette mortuaire	70
Article 120 - Inventaire après décès	70
Article 121 - Accès à la chambre mortuaire et fonctionnement	71
Article 122 - Transport de corps à résidence sans mise en bière	71
Article 123 - Transfert de corps vers une chambre funéraire avant mise en bière	71
Article 124 - Transfert de corps après mise en bière.....	71
 CHAPITRE V : LES DROITS DU PATIENT ET DEVOIRS DE L'USAGER.....	72
Section 1 : Représentation et participation des usagers	72
Article 125 - Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge	72
Article 126 - Le Conseil de vie sociale	73
Sous-section 1 : Enoncés des droits, libertés et devoirs des patients et des usagers.....	74
Article 127 - La charte de la personne hospitalisée	74
Article 128 - Le livret d'accueil.....	74
Article 129 - Le site internet	74
Article 130 - L'accueil des personnes handicapées	74
Article 131 - Information du patient.....	74
Article 132 - L'information de la famille	75
Article 133 - L'information au médecin traitant	75
Article 134 - Le consentement.....	75
Article 135 - Refus de soins	75
Article 136 - Accès aux éléments d'information médicale contenus dans le dossier patient	75
Article 137 - Le courrier	76
Article 138 - Les droits civiques	76
Article 139 - le droit au culte	76

Article 140 - Les animaux domestiques	76
Article 141 - Le droit au secret de l'hospitalisation	76
Article 142 - Le droit à l'anonymat	76
Article 143 - La prise en charge d'une maladie en phase évoluée ou terminale.....	77
Sous-section 2 : Les visites et interventions de personnes extérieures à l'établissement auprès des patients hospitalisés	78
Article 145 - Les visites	78
Article 146 - L'intervention d'associations de bénévoles	78
Article 147 - Les démarcheurs, photographes et enquêteurs	78
Article 148 - Intervention des professionnels de presse	78
Sous-Section 3 : Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain	79
Article 149 - Recherche biomédicale	79
Article 150 - Prélèvement d'organes	79
Article 151 - Don de corps à la science	80
Article 152 - Autopsie	80
Sous-section 4 : Expression des usagers : mesure de la satisfaction / plaintes et réclamations	80
Article 153 - Questionnaire de sortie et enquête de satisfaction.....	80
Article 154 - L'expression des plaintes et réclamations	81
Section 2 – Les devoirs des usagers	81
Article 155 - Rappel du principe de neutralité et laïcité du service public hospitalier	81
Article 156 - Exigence d'un comportement respectueux vis-à-vis des autres patients, des professionnels de santé et des organisations du service public hospitalier	81
CHAPITRE VI – DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	82
Section 1 – Les obligations	82
Article 157 - Le secret professionnel et la discrétion professionnelle	82
Article 158 - Le devoir de réserve et le devoir d'obéissance	83
Article 159 - La protection fonctionnelle.....	83
Article 160 - L'identification du personnel	83
Article 161 - Laïcité	83
Article 162 - La tenue professionnelle.....	84
Article 163 - L'interdiction de fumer et de vapoter	84
Article 164 - L'interdiction de pourboires.....	84
Article 165 - L'introduction d'alcool dans l'établissement	85
Article 166 - Le respect des locaux et des équipements	85
Article 167 - La lutte contre le bruit et l'utilisation des téléphones portables	85
Article 168 - L'usage de la messagerie électronique professionnelle.....	85
Section 2 - Le CONSEIL DE DISCIPLINE	85
Article 169 - Le Conseil de discipline	85
Section 3 – Les droits	86
Article 170 - L'accueil.....	86
Article 171 - Le développement professionnel continu et la formation professionnelle tout au long de la vie	86
Article 172 - L'évaluation et la notation	87
Article 173 - Le droit syndical	87
Article 174 - Le droit de grève	87

Article 175 - Le temps de travail	87
Article 176 - La sécurité	87
Article 177 - Les associations de professionnels hospitaliers ou association souhaitant être domiciliées à l'Hôpital	88
Article 178 - la Santé au travail	88
CHAPITRE VII – LES DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR	89
Section 1 – La gestion du document	89
Article 179 - Approbation	89
Article 180 - Procédure de révision	89
Article 181 - Mise à disposition	89
Section 2 – Les documents annexes	89

INTRODUCTION

Les Hôpitaux du Bassin de Thau (HBT) sont un établissement public de santé, créé par arrêté de M. le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation du Languedoc Roussillon en date du 22 Décembre 1998 et ce, à compter du 1^{er} janvier 1999, par la fusion du Centre Hospitalier de Sète et de l'Hôpital Local Intercommunal d'Agde-Marseillan.

Les Hôpitaux du Bassin de Thau comptent près de 1700 agents tous statuts confondus pour environ 890 lits et places.

Sa zone d'attraction est une zone naturelle qui s'étend de Vic-la-Gardiole à Vias et couvre les cantons de Frontignan, Sète, Mèze, Agde et partiellement celui de Florensac.

Le Bassin de Thau :



Le dernier recensement relève une population résidente de 125 000 habitants permanents, passant de 250 000 à 300 000 habitants de la mi-avril à la mi-octobre pour finalement atteindre 600 000 habitants en juillet et août.

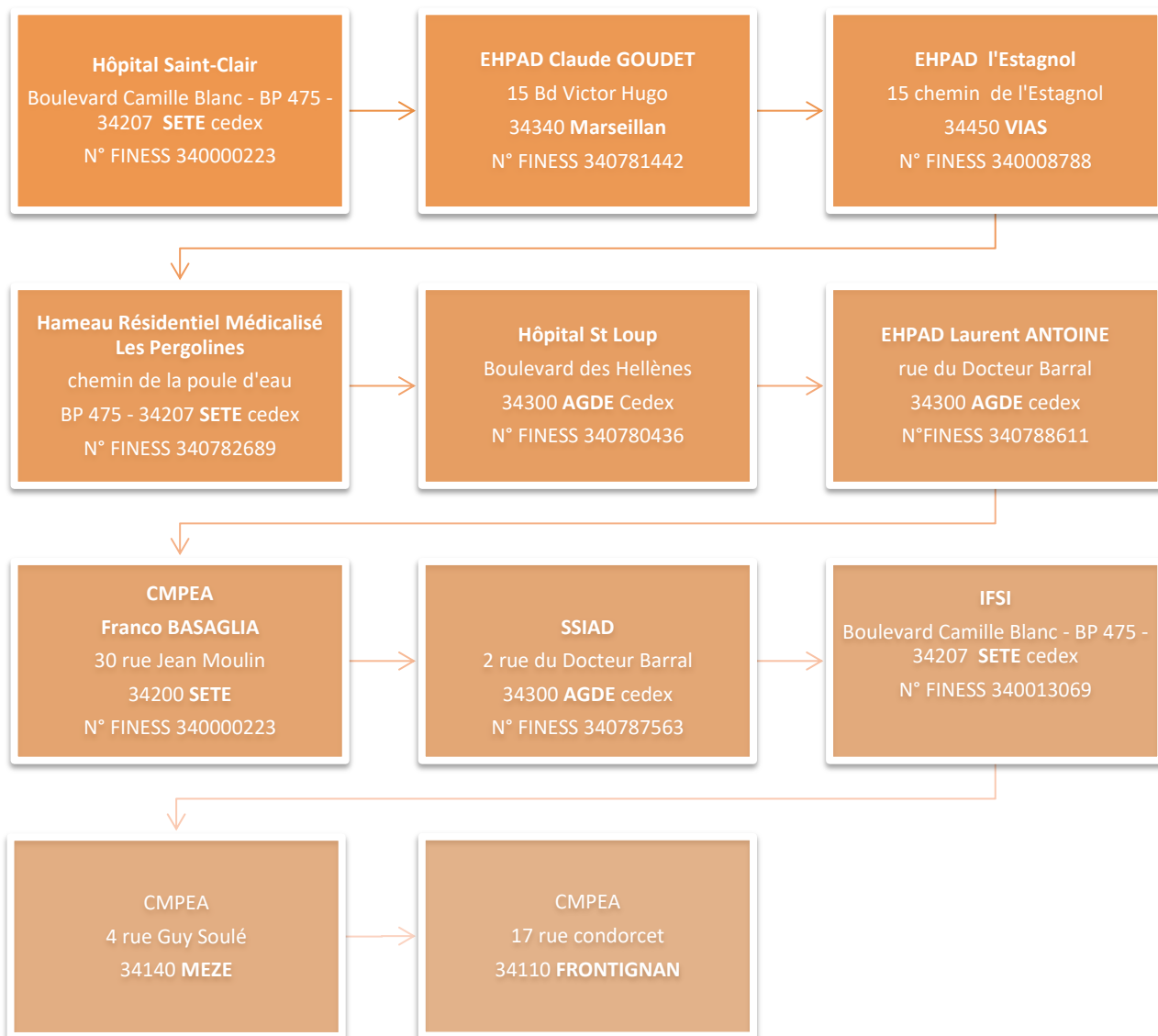
D'autre part, un arrêté de la préfecture de l'Hérault surclasse la ville d'Agde dans la catégorie démographique des villes de 80 000 à 150 000 habitants, ce qui étend le bassin de population desservi à plus de 190 000 habitants.

Les Hôpitaux du Bassin de Thau ont pour missions :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des patients, des blessés et des femmes enceintes ;
- de participer à des actions de santé publique et notamment à toutes les actions médico-sociales coordonnées à des actions d'éducation pour la santé et la prévention ;
- de dispenser avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, ou psychiatrie,
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion,
 - des soins 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 ;
- d'assurer l'hébergement en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ;
- de concourir :
 - à la formation initiale et continue des infirmiers et aides-soignants ;
 - à la formation des internes en médecine et pharmacie ;

- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- à l'aide médicale urgente.
- de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ;
- de procéder à l'analyse de son activité ;
- de mettre en œuvre, dans le respect du secret médical et des droits des patients, 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'évolution de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Présentation des différents sites :



CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 : ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET INSTANCES SPECIALISEES

Sous-section 1 : Les Instances, le Directeur et l'Equipe de Direction

ARTICLE 1 - LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

- Composition

Le Conseil de Surveillance des H.B.T est composé de 15 membres répartis en trois collèges :

1 - collège des représentants des collectivités territoriales comportant cinq membres :

- le maire de la commune-siège de l'établissement principal (Sète), ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal ;
- deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ou, à défaut, un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celle mentionnée à l'alinéa précédent ;
- le président du Conseil Départemental de l'Hérault, ou le représentant qu'il désigne.

2 - collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux comportant cinq membres :

- deux membres de la commission médicale d'établissement désignés par elle ;
- un membre de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques désigné par elle ;
- deux membres représentants le personnel non médical, l'un désigné par l'organisation syndicale la plus représentative lors des dernières élections au CTE, le second par l'organisation syndicale ayant obtenu la plus forte moyenne entre toutes les listes.

3 - collège des personnalités qualifiées, comportant cinq membres dont :

- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'ARS ;
- trois personnalités qualifiées désignées par le préfet, dont au moins deux représentants des usagers.

La composition est arrêtée par le Directeur de ARS de la Région Languedoc-Roussillon, étant précisé qu'un membre du Directoire ne peut, à la fois, siéger au Conseil de Surveillance. La durée du mandat est de 5 ans.

Le Conseil de Surveillance élit son président parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées. Il est élu à la majorité absolue aux premier et deuxième tours, et à la majorité relative au troisième tour. En cas d'égalité au troisième tour, le doyen d'âge est désigné.

Le président choisit parmi ces représentants un président suppléant.

En cas d'absence simultanée du président et du président suppléant, le Conseil de Surveillance est présidé par le doyen d'âge issu de ces mêmes représentants.

C'est également celui-ci qui assure la présidence du Conseil de Surveillance en cas de vacance de la présidence ; et ce jusqu'à l'élection d'un nouveau président.

Le Directeur, assisté des collaborateurs de son choix, participe avec voix consultative aux séances du Conseil de Surveillance.

Peuvent également participer aux séances du Conseil de Surveillance :

- Le Directeur de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant ;
- Le président de la CME, en sa qualité de vice-président du directoire ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique ;

- Le directeur de la caisse d'assurance maladie, ou son représentant.

- **Compétences**

Le Conseil de Surveillance exerce trois types de compétences :

- une compétence générale en matière de stratégie et de contrôle permanent de la gestion de l'établissement ;

- une compétence décisionnelle ;

A ce titre, il délibère sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur. Il délibère également sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements de santé, ainsi que sur toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son Conseil de Surveillance, et toute convention à laquelle l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans laquelle elle traite avec l'établissement par personne interposée. Il approuve par ailleurs la désignation de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire dont l'établissement viendrait à être membre, ainsi que les statuts des fondations hospitalières créés par l'établissement.

- une compétence consultative ;

Le Conseil de Surveillance émet un avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- la convention de communauté hospitalière de territoire.

De manière subsidiaire, le Conseil de Surveillance fait l'objet d'une information sur l'EPRD et le programme d'investissements, ainsi que les nominations et révocations des membres du directoire. Conformément à la démarche de certification des comptes prévue à l'article L.6145-16 du CSP, il nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le Président du Conseil de Surveillance peut proposer au directeur général de l'ARS la conclusion d'une convention de Communauté Hospitalière Territoire, et émet un avis sur la nomination du directeur de l'établissement ainsi que sur le retrait d'emploi de ce dernier.

- **Fonctionnement**

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

Ses séances ne sont pas publiques. Les débats et les délibérations ont un caractère confidentiel.

Il appartient au Président d'assurer la police de l'assemblée. L'ordre du jour est arrêté par le Président et adressé, sauf en cas d'urgence, au moins sept jours à l'avance, à l'ensemble des membres du Conseil de Surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le Président, sans pouvoir toutefois être inférieur à un jour franc.

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

Toutefois, quand ce quorum n'est pas atteint après une convocation régulière, les délibérations prises à l'occasion d'une seconde réunion du conseil (qui doit avoir lieu dans un délai compris entre 3 et 8 jours) sont réputées valables quel que soit le nombre de présents.

En cas de vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres en fait la demande. Le vote par correspondance ou procuration n'est pas admis. En cas de partage des voix, il est procédé à un second tour de scrutin. En cas de nouvelle égalité, sauf au vote par bulletin secret, la voix du président est prépondérante.

ARTICLE 2 - LE DIRECTOIRE

Le Directoire est composé de neuf membres :

- Le directeur, président du directoire ;
- Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme ce membre après avis du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; ces membres sont nommés, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement ; en cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

La durée du mandat des membres du directoire nommés par le président du directoire de l'établissement est de quatre ans. Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur. Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Nul ne peut être membre du Directoire s'il est membre du Conseil de Surveillance.

La concertation se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le président du directoire.

Le Directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé.

Le directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et prépare sur cette base le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il est obligatoirement concerté sur l'ensemble des compétences octroyées au directeur, président du Directoire, par l'article L.6143-7 du CSP, à savoir :

- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- Le bilan social unique
- Les modalités d'une politique d'intéressement ;
- Le programme d'investissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- L'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- Le compte financier ;
- L'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité ;
- Les actions de coopération ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- Les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- Le projet d'établissement ;
- Les délégations de service public ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, l'organisation du travail et des temps de repos ;
- Le plan de redressement le cas échéant ;
- Le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles ;
- Les prises de participation et les créations de filiale.
- Les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 3 - LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

- Composition :

La composition de la commission médicale d'établissement est fixée comme suit :

- L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques ;
- Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles : soit 8 membres ;
- Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement : soit 8 membres ;
- Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement : soit 4 membres ;
- Des représentants élus des sages-femmes : soit 2 membres ;
- Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de spécialités et un représentant pour les internes de pharmacie : soit 3 membres.

Assistent en outre avec voix consultative :

- Le président du Directoire ou son représentant ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Le praticien responsable de l'information médicale ;
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
- Le président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

- Compétences :

• La CME est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

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

• La CME est également consultée sur les matières suivantes :

- Le projet médical de l'établissement
- La politique en matière de coopération territoriale ;
- La politique de la recherche clinique et de l'innovation ;
- 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 CME est informée sur les matières suivantes :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Les contrats de pôles ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

• La CME contribue également à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle propose au directeur un programme d'actions prenant en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.

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

- Fonctionnement :

La CME élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Par dérogation, et en cas d'impérieuse nécessité, la fonction de président de la CME peut être cumulée avec celle de chef de pôle. Le Président de la CME veille au bon fonctionnement de cette commission.

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur (cf. annexe), sous réserve des dispositions suivantes.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du Directoire, soit du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

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

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

ARTICLE 4 - LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES

- Composition :

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

Les membres de cette commission sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour pour une durée de 4 ans renouvelable.

Le siège des suppléants ne donne pas lieu à candidature distincte, la désignation des titulaires et des suppléants se faisant dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues par chaque candidat.

Le nombre de membres élus est fixé à 12 titulaires et 12 suppléants répartis en trois groupes définis comme suit :

- groupe des cadres de santé : 3/8, soit 6 titulaires et 6 suppléants ;
- groupe des personnels infirmiers : 4/8, soit 8 titulaires et 8 suppléants ;
- groupe des aides-soignants : 1/8, soit 2 titulaires et 2 suppléants.

Le président du directoire arrête la liste des membres composant la commission.

- Compétences :

La CSIRMT est consultée sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de 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 ;
- la recherche et l'innovation ;

- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la politique de développement professionnel continu ;

Elle est également informée sur le règlement intérieur et le rapport d'activité annuel.

- Fonctionnement :

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président qui fixe l'ordre du jour.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours. Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques dans un rapport adressé au Directoire.

ARTICLE 5 - LE COMITE TECHNIQUE D'ETABLISSEMENT

Le comité est doté de compétences consultatives dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire. Il vise à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement.

- Composition :

Le comité technique d'établissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, 12 membres titulaires et 12 membres suppléants.

Les représentants du personnel sont élus sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives de l'établissement. La durée du mandat des représentants du personnel est de quatre ans sauf prorogation dans le cadre des dispositions réglementaires prises à titre transitoire. Ce mandat est renouvelable.

Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement siège avec voix consultative.

- Compétences :

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

- les projets de délibération soumis au Conseil de Surveillance : le projet d'établissement, les conventions diverses, le compte financier et l'affectation des résultats, les mesures relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire, la participation à tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement, toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance, les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité ;
- l'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ;

- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, ainsi que du budget prévu à l'article L. 6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7.

- **Fonctionnement :**

Chaque CTE doit établir son règlement intérieur.

Les réunions du CTE ne sont pas publiques. Il se réunit au moins une fois par trimestre et les réunions ont lieu sur convocation de son président :

- soit à l'initiative de celui-ci ou ;
- sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnels.

Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai de 15 jours.

Le quorum pour que le CTE puisse délibérer valablement est fixé à la moitié au moins des membres ayant voix délibératives qui doivent être présents lors de l'ouverture de la réunion.

Le CTE élit un secrétaire parmi les membres titulaires. En cas de partage des voix, c'est le candidat le plus âgé qui est élu.

A chaque séance du CTE, il est établi un procès-verbal, signé par le Président et le Secrétaire du CTE, et qui est transmis dans un délai de 30 jours aux membres du comité.

ARTICLE 6 - LE DIRECTEUR

Le Directeur est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion, sur une liste comportant au moins 3 noms proposés par le Directeur Général de l'ARS après avis du Président du Conseil de Surveillance.

Il dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement.

Il est chargé de l'exécution des décisions du Conseil de Surveillance et de la mise en œuvre de la politique définie par celui-ci et approuvée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Il est compétent pour régler directement toutes les affaires de l'établissement ne relevant pas des attributions du Conseil de Surveillance. Il est en charge de la gestion et de la conduite générale de l'établissement. A ce titre il ordonnance les dépenses, assure l'émission des titres de recettes, conserve et administre le patrimoine de l'établissement. Il passe les contrats, les actes de vente et les marchés.

Il est le représentant légal de l'établissement et à ce titre représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il a le pouvoir de transiger.

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

Il assure le pouvoir hiérarchique et disciplinaire.

Le Directeur est responsable de l'application des lois et règlements à l'intérieur de l'établissement. Il agit en cette qualité en vertu de ses pouvoirs propres.

Il peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret.

Conformément à l'article L.6143-7 du CSP, le Directeur dispose de compétences de gestion, après concertation du directoire, dans 6 grands domaines :

- La stratégie de l'établissement :

- conclut le CPOM avec le directeur général de l'ARS ;
- arrête l'organisation interne de l'établissement ;
- signe les contrats de pôle d'activité avec les chefs de pôle ;
- propose la constitution ou la participation de l'établissement à une action de coopération ;
- soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
- arrête le règlement intérieur.

- Politique qualité :

Le Directeur décide, conjointement avec le Président de la CME de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

- Finances :

- détermine le programme d'investissement ;
- fixe l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations ;
- arrête le compte financier et le soumet à l'appréciation du Conseil de Surveillance ;
- le cas échéant, présente à l'ARS le plan de redressement.

- Gestion du patrimoine :

Il conclut les opérations liées au patrimoine, aux conventions de location et aux délégations de service public.

- Politique sociale :

- il arrête le bilan social ;
- il définit, le cas échéant, les modalités de la politique d'intéressement ;
- il décide de l'organisation du temps de travail et des temps de repos, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales.

- Pouvoir de nomination, de proposition de nomination, et d'admission par contrat de professionnels libéraux :

- Il nomme les membres du Directoire et peut mettre fin à leurs fonctions après information du Conseil de Surveillance ;
- Il nomme les chefs de pôle d'activité et peut mettre fin à leurs fonctions après avis du président de la CME ;
- Il nomme également les collaborateurs du chef de pôle sur la proposition du chef de pôle ;

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

Le Directeur propose, par ailleurs, au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination ou la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME qui est communiqué au CNG.

Le Directeur propose, également, au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination ou la mise en recherche d'affectation des directeurs adjoints et du directeur des soins.

Le Directeur peut, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME, admettre par contrat des professionnels libéraux.

En cas d'absence, il délègue ses fonctions à l'un de ses directeurs adjoints qui a compétence pour agir sur l'ensemble des domaines de compétence de la direction.

ARTICLE 7 - L'EQUIPE DE DIRECTION

Le Directeur est assisté d'une équipe de direction qui contribue au pilotage de l'établissement. Il organise librement les fonctions administratives qui doivent néanmoins s'agencer dans l'organisation générale en pôles d'activité dont les principes généraux sont posés par le code de la santé publique. L'équipe de direction et les cadres qui l'assistent sont placés sous l'autorité hiérarchique du directeur.

Celle-ci se compose de :

- la Direction des Opérations ;
- la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales ;
- la Direction des Finances ;
- la Direction de l'Équipement, de la Logistique, des Achats, des Travaux et du Patrimoine ;
- la Direction de l'Action Médico-Sociale et des Etablissements ;
- la Direction des Soins.

La garde administrative :

Pour assurer la continuité de l'action administrative qui impose de pouvoir prendre des décisions urgentes, le directeur organise une permanence administrative appelée garde administrative.

Celle-ci associe, dans le cadre de l'organisation arrêtée par le Directeur, les directeurs adjoints et des collaborateurs qui pourront agir au nom de l'autorité administrative 24 heures sur 24. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la garde administrative font l'objet d'une décision du directeur.

Sous-section 2 : Comités, Commission et Groupes consultatifs spécialisés

ARTICLE 8 - LE COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

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

Le secrétaire du CHSCT est élu parmi ses membres.

La liste nominative est affichée dans les services.

Participent également aux réunions avec voix consultative, le médecin du travail, le directeur des services logistiques, l'ingénieur responsable des services techniques, le directeur des soins. Le CHSCT peut inviter des « experts » pour éclairer ses travaux.

Il est chargé de missions générales :

- Protéger la santé et la sécurité des agents ;
- Améliorer les conditions de travail (exemple : l'emploi des femmes et la maternité) ;
- Promouvoir la prévention ;
- Procéder à l'analyse des risques professionnels et conditions de travail ;
- Proposer des actions de promotion.

Il donne son avis sur certains documents ou situations :

- Rapport annuel du directeur sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail ;
- Programme annuel de prévention ;
- L'exercice du droit d'alerte ;
- Circonstances relatives à un danger grave ou imminent pour la vie ou la santé d'un agent ;
- Demande d'expertise.

Présidé par le Directeur ou son représentant, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail se réunit au moins une fois par trimestre. Le compte-rendu de chacune des réunions est consigné dans un registre légal.

ARTICLE 9 - LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES LOCALES

Les Commissions Administratives Paritaires – CAP – sont des instances représentatives paritaires consultatives.

Les CAP sont compétentes pour donner des avis sur la situation individuelle professionnelle des agents.

Composition :

Les CAP se composent paritairement du même nombre de représentants de l'administration et de représentants du personnel.

Les représentants du personnel sont élus en fonction des résultats des élections professionnelles sur les listes présentées par les syndicats de fonctionnaires.

Les corps et grades des agents de la fonction publique hospitalière de catégories A, B et C relèvent de 9 Commissions Administratives Paritaires différentes :

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

Pour chaque CAP, le nombre des représentants du personnel est déterminé en fonction de l'effectif des agents de l'établissement.

Les différentes CAP :

Les corps et grades des agents de la fonction publique hospitalière sont répartis de la façon suivante :

CORPS DE CATÉGORIE A

CAP n°1 : personnels d'encadrement technique ;

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

CAP n°3 : personnels d'encadrement administratif.

CORPS DE CATÉGORIE B

CAP n°4 : personnel d'encadrement technique ;

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

CAP n°6 : personnels d'encadrement administratif et des assistants médico-administratifs.

CORPS DE CATÉGORIE C

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

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

CAP n°9 : personnels administratifs.

Les attributions et les consultations des Commissions Administratives Paritaires

- Les Commissions Administratives Paritaires donnent des avis sur toutes les décisions qui peuvent modifier la carrière individuelle des agents de la fonction publique hospitalière :
- l'inscription sur une liste d'aptitude, la prolongation de stage, la titularisation ou le refus de titularisation ;
- l'avancement d'échelon ou l'avancement de grade ;
- la sélection professionnelle à l'entrée à l'école d'aides-soignants.

Les Commissions Administratives Paritaires se réunissent au moins 2 fois par an à l'initiative du chef d'établissement ou plus à la demande des agents ou des représentants du personnel

ARTICLE 10 - LA COMMISSION DES MARCHES

L'établissement est doté d'une Commission des marchés pour les marchés d'un montant supérieur aux seuils de procédure formalisée.

Cette commission a pour mission d'analyser les offres des candidats et de présenter au Directeur un classement des offres motivé et réalisé sur la base des critères de choix de la consultation.

La Commission des Marchés a une composition qui varie selon l'objet du marché. Elle est présidée par le Directeur ou son représentant.

Elle comprend également :

- le responsable de la procédure d'achat ou son représentant qui assure le secrétariat de la commission
- le responsable du Pôle ou du domaine concerné par l'objet du marché et qui a participé à la rédaction du CCTP ou son représentant
- toute personne, interne ou externe, dont la compétence est nécessaire pour éclairer le choix de l'attributaire du marché.

La composition de chaque commission est soumise à l'approbation préalable du Directeur sur proposition du Responsable de la procédure d'achat.

ARTICLE 11 - LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE

La Commission d'Activité Libérale comprend 9 membres délibératifs conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur. Article R6154-11 et suivants ; Article D 6154-15 et suivants du Code de la Santé Publique.

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

Elle peut se saisir ou être saisie de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens. La Commission rédige un rapport annuel sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui sont communiquées. Ce rapport est communiqué à la CME, au Conseil de Surveillance, à l'ARS et au Directeur des HBT.

La Commission doit être consultée sur la suppression ou le retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale des médecins. Ses avis doivent être motivés et proposés à la majorité des voix.

ARTICLE 12 - LES REUNIONS DE SUIVI BUDGETAIRE

Une réunion de suivi budgétaire a lieu mensuellement. Sa mission est de suivre d'une part, l'exécution budgétaire à partir de l'engagement des dépenses et, d'autre part, l'activité des services d'hospitalisation et d'hébergement. Elle analyse les causes des écarts et variations budgétaires et propose les actions à mener.

ARTICLE 13 - COLLEGE DU DIM

Sous la responsabilité du Président de CME, le collège du DIM se réunit au minimum deux fois par an afin de statuer sur l'accès et la conservation des données à caractère médical.

ARTICLE 14 - LA COMMISSION DE L'EAU

La Commission de l'eau est chargée de proposer en urgence au directeur de l'établissement la conduite à tenir vis à vis des problèmes de contamination de l'eau.

Le Directeur réunit la Commission après demande motivée de l'un de ses membres et assure la traçabilité des solutions retenues et mises en œuvre.

Cette Commission est composée des membres suivants :

- le Directeur ;
- le Directeur des Travaux et du Patrimoine ;
- l'Ingénieur de la DTP ;
- le TSH chargé du réseau d'eau ;
- le Praticien Hospitalier hygiéniste ;
- le Cadre Hygiéniste ;
- le Chef de service du Laboratoire ;
- le Président du CLIN ;
- le Directeur des Soins.

ARTICLE 15 - PLAN D'INVESTISSEMENT DANS LE DOMAINE BIOMEDICAL

La Direction en charge de l'achat, du suivi et de la maintenance du domaine biomédical présente au premier trimestre de l'année un plan annuel d'investissement de matériel biomédical à la commission de la CME chargée de cette question.

Ce plan aura été, dans la mesure du possible, préparé et travaillé en amont entre l'équipe biomédicale et :

- Le président de la CME ;
- les chefs de pôle médicaux ;
- les responsables du laboratoire, d'imagerie et de la pharmacie ;
- les membres du Directoire.

Ce plan détaille l'emploi des crédits et le matériel envisagé, en distinguant les renouvellements et les nouvelles acquisitions ; le plan annuel s'inscrit dans le cadre d'une part de l'EPRD et d'autre part du plan pluriannuel d'investissement.

Les nouvelles acquisitions, dont le montant est supérieur au seuil de dispense de procédure selon le Code des marchés publics, font l'objet d'une analyse médico-économique de la part de l'équipe biomédicale, en lien avec le contrôle de gestion et le médecin chargé de l'information médicale. Cette analyse est présentée soit sous la forme d'une fiche technique annexée au plan annuel soit par une communication orale lors de la réunion de la commission spécialisée de la CME.

SECTION 2 : ORGANISATION INSTITUTIONNELLE EN POLES

ARTICLE 16 - L'ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE

- Article 16-1 - Les pôles d'activité clinique

Après concertation avec le Directoire et avis du Président de la CME, le directeur arrête une organisation en pôles d'activité cliniques et médico-techniques, conforme au projet médical de l'établissement. L'établissement est organisé en pôles d'activité suivant le découpage rapporté en annexe du présent règlement intérieur.

Les structures internes des pôles sont définies et organisées par le contrat et le projet de pôle.

Le directeur nomme les responsables des structures internes, services, ou unités fonctionnelles, sur proposition du responsable de pôle et après avis du président de la CME.

L'organisation en pôles d'activité cliniques et médico-techniques s'appuie sur des dispositions qui sont communes à l'ensemble des pôles d'activité.

- Article 16-2 - Pouvoirs propres du responsable de pôle

Les responsables de pôle bénéficient des pouvoirs propres rattachés à leurs fonctions telles que définies par les textes, et de pouvoirs dont le contenu et la portée sont susceptibles de varier en fonction des délégations de gestion.

Les pouvoirs propres des responsables de pôle portent sur la conclusion et l'exécution du contrat interne de pôle, des modalités d'organisation et de fonctionnement du pôle et sur le choix de certains collaborateurs.

Dans l'exercice de leur mandat, les responsables de pôle doivent mettre en œuvre le projet d'établissement, dans le respect de l'organisation interne du pôle arrêtée par le contrat de pôle.

- Article 16-3 - Le contrat de pôle

Les responsables de pôle négocient et concluent un contrat de pôle d'activité tel que défini à l'article L 6145-16 du Code de la Santé Publique.

Après concertation avec le Directoire et avis du président de la CME, le contrat négocié est cosigné du directeur et du responsable de pôle d'activité concerné. Il définit, pour 4 ans, les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Il peut faire l'objet d'avenants.

La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

Un projet de pôle doit être élaboré par chaque chef de pôle dans le délai de trois mois à compter de la signature du contrat.

L'exécution du contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle sur la base des objectifs négociés entre le directeur et le chef de pôle.

- Article 16-4 - Les délégations de gestion

Conformément aux dispositions de l'article L 6145-16 du Code de la Santé Publique, des délégations de gestion sont consenties par le directeur aux responsables de pôle après signature du contrat interne.

Les délégations de gestion portent sur des domaines et des matières entrant dans le champ de la gestion de chacun des pôles.

En sont exclues les questions qui n'entrent pas dans le périmètre des attributions du pôle ou qui requièrent la consultation d'une instance au titre de la politique générale de l'établissement. Les questions relatives aux marchés publics et qui impliquent l'exercice du pouvoir adjudicateur sont hors champ des délégations de gestion.

Au titre des délégations de gestion, des tableaux de bord unifiés intégrant les données médico-économiques (management, flux d'activité...) et les données relatives à la qualité des soins (satisfaction des usagers, évaluation des pratiques professionnelles...) sont constitués afin de faciliter la gestion attendue du responsable de pôle.

- Article 16-5 - Fonctionnement du pôle

Il appartient à tout responsable de pôle d'activité d'assurer l'exécution du contrat interne de gestion du pôle et de prendre toute mesure que requiert, dans ce contexte, cette mission. Il est fondé à ce titre d'optimiser les ressources dont il dispose dans le cadre du contrat interne et des délégations de gestion qui lui sont consenties : personnel, locaux, matériels de gestion, lits, places. Il dispose de données consolidées sur l'activité de son pôle afin de pouvoir piloter celle-ci.

- Article 16-6 - Autorité fonctionnelle du responsable de pôle

Le responsable de pôle exerce, sous l'autorité du Directeur, une autorité de gestion sur l'ensemble du personnel du pôle, y compris l'encadrement du pôle et les responsables de ses structures internes, lesquels disposent eux-mêmes du pouvoir hiérarchique lié à leurs attributions respectives.

L'autorité du responsable de pôle s'exerce dans le respect des missions et des responsabilités confiées aux structures internes du pôle.

- Article 16-7 - Le responsable de pôle

Le responsable de pôle assure la présidence du conseil de pôle. Il est nommé par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME, et contenant au moins trois noms pour chaque pôle. Cette liste doit être présentée au directeur dans un délai de 30 jours à compter de la demande du directeur.

En cas de désaccord sur son contenu, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit proposée sous quinze jours.

En dernier ressort, la décision de nomination appartient au directeur.

Les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique peuvent être choisis parmi les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels et les praticiens contractuels associés.

Fonctions

Les responsables de pôle bénéficient des pouvoirs propres rattachés à leurs fonctions tels que définis par les textes et de pouvoirs dont le contenu et la portée sont susceptibles de varier en fonction des délégations de gestion que leur confie le directeur.

Durée des fonctions

La durée des fonctions de responsable de pôle est fixée à 4 années, renouvelables. Il peut être mis fin au mandat du responsable de pôle de manière anticipée, à sa demande ou dans l'intérêt du service par décision du directeur et après avis du président de la CME. Si la fin anticipée des fonctions de responsable de pôle est motivée par des considérations se rapportant au comportement de l'intéressé, celui-ci sera mis en mesure de présenter ses observations.

Le responsable de pôle peut décider de mettre un terme à ses fonctions par démission. Cette démission doit respecter un délai préalable qui ne saurait être inférieur à quinze jours. En pareille hypothèse, après acceptation de cette démission par le directeur et le président de CME, il sera possible de procéder à la désignation d'un responsable de pôle provisoire dans l'attente de la mise en œuvre de la procédure de désignation du chef de pôle.

Dans les mêmes conditions, un responsable de pôle provisoire sera désigné en cas d'absence prolongée du responsable de pôle.

Le responsable de pôle est assisté par un cadre supérieur de santé ou à défaut un cadre de santé, pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence (Article L.6146-6 du CSP). Il exerce cette mission en lien avec le directeur référent du pôle.

- Article 16-8 - Le conseil de pôle

Chaque pôle d'activité comporte un conseil de pôle constitué à la diligence du responsable de pôle.

Toutefois, chaque projet de pôle doit être élaboré de manière participative, c'est-à-dire avec les responsables de structures internes et les cadres du pôle.

- Article 16-9 - Exercice dans plusieurs pôles d'activité

Un professionnel exerçant dans plusieurs pôles d'activité peut être rattaché à plusieurs conseils de pôle.

Le conseil de pôle peut entendre tout professionnel de l'établissement compétent sur une question inscrite à l'ordre du jour.

ARTICLE 17 - LES REUNIONS DE PILOTAGE D'ACTIVITE

Elles sont organisées par le contrôleur de gestion pour chacun des pôles autant que de besoin. La première finalité du contrôle de gestion est de permettre l'évolution des organisations professionnelles et hospitalières visant à améliorer l'efficacité globale du processus de soins tout en réalisant des économies.

Elles ont pour finalité d'associer les médecins, les cadres soignants et médico-techniques et les gestionnaires de l'établissement à l'analyse :

- de l'activité,
- des tendances des résultats du pôle en infra-annuel.

Elles font l'objet d'une présentation commentée mettant en exergue les points significatifs et des tendances lourdes.

SECTION 3 : ORGANISATION DE LA PROTECTION DES BIENS, DES PERSONNES ET DES DONNEES

Sous-section 1 : Protection des biens et des personnes / règles de sécurité opposables

ARTICLE 18 - SECURITE GENERALE ET POLICE ADMINISTRATIVE SUR LES SITES DES HBT

Le directeur d'établissement, dans la cadre des pouvoirs qui lui conférés par le Code de santé publique et par le Code du travail, fixe les plans de prévention et de sécurité, conformément aux textes en vigueur et aux recommandations des commissions compétentes, ceci afin d'assurer la sécurité des personnes et la sûreté des biens.

Ces règles de fonctionnement interne s'imposent à l'ensemble des personnes présentes sur les sites des HBT, quelque que soit leur statut (personnel, visiteurs, entreprises extérieures, etc).

Le directeur décide, en application de ces règles de fonctionnement, des personnes habilitées à accéder aux locaux à accès contrôlé selon les nécessités de service et selon les plans de prévention et de sécurité.

ARTICLE 19 - LA GARDE TECHNIQUE

Le directeur organise la garde technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du centre hospitalier.

Il désigne les agents des services techniques qui assurent une garde, distincte de la garde administrative.

ARTICLE 20 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA CIRCULATION DANS L'ETABLISSEMENT

Les voies de desserte établies dans l'enceinte des HBT constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du service public hospitalier. Les dispositions du code de la route sont applicables dans l'enceinte des HBT.

Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.

Le stationnement est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnement sont en outre réservées aux personnes titulaires d'une carte GIG-GIC.

L'autorisation de circuler et de stationner ne saurait en rien engager la responsabilité des HBT, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

La direction de l'établissement se réserve le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière, ou de faire déplacer elle-même, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave, après en avoir avisé le propriétaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (camions, caravanes). Il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement.

ARTICLE 21 - LA LUTTE CONTRE L'INCENDIE

Conformément aux dispositions des textes réglementaires, l'ensemble des agents quel que soit leur statut ou leur grade sont tenus de participer à la sécurité contre les incendies (prévention et intervention).

Ils doivent assister aux actions de formation organisées régulièrement au sein des HBT.

Ces formations ont un caractère obligatoire.

Les cadres veillent à l'inscription des agents sous leur responsabilité à ces formations.

Un agent absent à une formation de lutte contre l'incendie auquel il avait été inscrit justifiera de son absence.

Chaque responsable de service doit s'assurer que les agents exerçant sous leur responsabilité ont reçu une formation au cours des dernières années. Ils doivent en outre s'assurer que chaque agent connaît les consignes générales à suivre en cas d'alarme ou de départ de feu.

Tout le personnel est tenu d'appliquer les consignes affichées tant dans le champ du départ de feu que dans le champ de la prévention :

- Interdiction de fumer ;
- Garder les voies de circulation et les issues de secours entièrement dégagées ;
- Ne pas changer l'affectation d'un local sans autorisation du chargé de sécurité.

Aucune opération dangereuse (utilisation de flammes nues, de gaz combustibles...) ne peut être entreprise sans l'accord du Chargé de Sécurité. De même, toute situation anormale doit lui être immédiatement signalée.

Toute entreprise effectuant des travaux dans un des sites du HBT doit se conformer aux règles de sécurité de l'établissement.

En particulier, il doit être établi, suivant le cas, un plan de prévention ou un permis de travaux par point chaud.

Consignes générales en cas d'incendie

- **Prévenir les secours. Tel : 62222**
- **Prévenir le personnel du service et le responsable**
- **Faire sortir les personnes de la pièce**
- **Faire fermer toutes les portes du service**
- **Attendre les instructions pour faire éventuellement évacuer les patients**
- **Ne pas crier au feu**

ARTICLE 22 - LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux, clos et couverts, de l'hôpital. Des espaces réservés aux fumeurs sont aménagés. Les patients qui ne souhaitent pas utiliser les espaces aménagés doivent être invités à fumer à l'extérieur.

Une signalisation rappelle le principe d'interdiction de fumer pour les patients, les visiteurs et le personnel.

ARTICLE 23 - L'INTERDICTION D'INTRODUIRE DES PRODUITS OU OBJETS DANGEREUX OU PROHIBES PAR LA LOI

Les armes, les répliques factices d'armes, les explosifs, les produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi ne doivent pas être introduits dans l'enceinte de l'établissement.

Le Directeur ou l'administrateur de garde est immédiatement alerté dans les cas où des produits ou objets de cette nature sont découverts dans l'établissement.

Sous-section 2 : Les biens des patients hospitalisés

ARTICLE 24 - LES DEPOTS DE BIENS DES PATIENTS HOSPITALISES ET LEUR RESTITUTION

Dès sa pré-admission à l'hôpital ou au plus tard lors de son admission, le patient hospitalisé ou ses représentants légaux sont informés oralement par les agents admissionnistes de la procédure de dépôt et de retrait des objets déposables ainsi que de la procédure relative aux objets non déposables.

Le patient hospitalisé (ou ses représentants légaux) signe alors une notice d'information reprenant les éléments énoncés oralement par l'agent du Bureau des Entrées. Un double de cette notice est conservé dans le dossier administratif du patient.

Les dépôts d'objet de valeur sont effectués auprès du Régisseur de dépôt de l'établissement.

En revanche, les objets non déposables sont sous la responsabilité du patient. Toutefois, si le patient est empêché à cause d'un état physique ou psychique défaillant de veiller sur ses biens non déposables, ceux-ci, après inventaire, sont mis en sûreté dans une armoire fermant à clef dédiée à cet effet dans le service où le patient est hospitalisé.

Par la suite, dès lors que l'état du patient le permet, le cadre du service lui remet l'ensemble des biens non déposables contre décharge sur la fiche d'inventaire. L'établissement peut, si le patient ne procède pas à leur retrait, les faire parvenir à un endroit désigné par le patient mais ce transport est à sa charge. Si le patient, après avoir reçu l'information, conserve les objets de valeur, l'établissement est dégagé de toute responsabilité.

Le retrait des objets de valeur s'effectue soit auprès du Régisseur de l'établissement aux heures de présence de celui-ci, soit auprès du Trésor Public à compter du seizième jour suivant la date du dépôt. L'administrateur de garde est habilité à restituer un dépôt si besoin est, au cours du congé de fin de semaine ou en dehors des heures de présence du Régisseur.

Tous les justificatifs doivent être fournis pour que ce retrait soit possible : carte d'identité et reçu de dépôt si le retrait est effectué par le patient ; carte d'identité, jugement de mise sous protection et reçu de dépôt si le retrait est effectué par le représentant légal ; pièce d'identité du mandataire, du mandant, lettre de mandat et reçu de dépôt si le retrait est effectué par un mandataire. Le retrait ne pourra pas être fait par un membre de la famille (sauf cas d'extrême urgence suscité par des circonstances exceptionnelles).

En cas de décès du patient, la totalité du dépôt des objets de valeur est immédiatement transférée chez le comptable du Trésor. Le Régisseur du Bureau des entrées adresse un courrier aux héritiers (s'ils sont connus) pour les inviter à retirer les objets déposés soit au Centre des Finances Publiques soit chez le préposé de l'établissement.

Toutes les procédures à suivre sont définies dans un document institutionnel établi suivant les modalités du décret du 27 mars 1993 dans le cadre de la loi du 6 juillet 1992. Ce document est disponible dans les unités et les services concernés.

Sous-section 3 : Sécurité des données

ARTICLE 25 - LES CODES D'ACCES INFORMATIQUES

Pour tout accès au réseau informatisé, l'utilisateur dispose d'une session. L'identifiant (code utilisateur) et le mot de passe ont un caractère personnel et confidentiel. L'utilisateur s'engage à ne pas divulguer son identifiant ou son mot de passe à un tiers, salarié ou non de l'établissement.

La non-confidentialité de ses accès engage sa responsabilité.

ARTICLE 26 - LA CHARTE INFORMATIQUE

Une charte informatique, annexée au règlement intérieur, a pour objet de définir les modalités d'utilisation du système d'information. Elle s'impose à tout agent.

ARTICLE 27 - LES DECLARATIONS DE DOSSIERS A LA CNIL

Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'établissement et gérant des données nominatives doit être déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, avant qu'il ne soit mis en exploitation.

L'établissement veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation des informations. Les personnels en assurent la stricte confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

ARTICLE 28 - INFORMATISATION DES DONNEES MEDICALES , DROIT DE RECTIFICATION DES DONNEES INFORMATISEES

Les patients hospitalisés sont informés par le livret d'accueil (ou tout autre document écrit) que des données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé, que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale et sont protégées par le secret médical.

Un patient peut s'opposer, de manière expresse, au recueil et au traitement de données nominatives le concernant.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le patient pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. L'établissement met en place les modalités relatives au respect de ce droit.

Toutefois, pour les informations à caractère médical, il convient de se référer au dispositif concernant la transmission du dossier médical. (Article 31)

ARTICLE 29 - L'INSTALLATION DE LOGICIELS

Seul le service informatique est habilité à procéder aux installations de logiciels sur les postes de travail appartenant à l'établissement.

Toute installation ou tentative d'installation, sur un ordinateur, sans autorisation écrite du responsable des Systèmes d'Informations, et sans acquisition selon les règles édictées par le fournisseur et la réglementation en vigueur, engage la responsabilité propre de l'utilisateur de la station de travail.

ARTICLE 30 - LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS PERSONNELLES DETENUES PAR L'ETABLISSEMENT

Le Directeur veille à ce que toutes les dispositions soient prises pour que la communication du dossier patient soit assurée conformément aux modalités prévues par la réglementation.

Le principe de la loi est que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels et les établissements de santé.

En dehors du cas où elle doit être effectuée dans le cadre d'une procédure judiciaire, la communication du dossier du patient ne peut intervenir que sur la demande écrite du patient (ou de son représentant légal ou de ses ayants droits en cas de décès), adressée au directeur des Hôpitaux du Bassin de Thau. Les délais de réponse au demandeur sont de 8 jours à deux mois selon les cas.

Après vérification des pré-requis (identité, médiation d'un médecin ou d'une tierce personne souhaitable, information au demandeur sur les modalités mises en place pour accéder à sa demande) la communication des informations est assurée par la Mission Qualité. Elle peut avoir lieu par consultation sur place ou par envoi de la reproduction des pièces.

L'établissement s'assure de la stricte application du décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique, qui définit les modalités et conditions de mise en œuvre de la communication des informations.

ARTICLE 31 - LE DOSSIER PATIENT

Conformément aux dispositions de l'article R1112-2 du Code de la santé publique, un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé. Ce dossier est sous la garde de l'établissement qui doit le conserver conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

Par principe, le patient (ou ses ayants droits dans certaines conditions) accède directement aux informations énumérées aux 1° et 2 ci-après, à partir du moment où elles ont été matérialisées et quel qu'en soit le support (informatisé ou papier).

Ce dossier contient au moins les éléments suivants, classés comme suit :

1°) 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, et notamment :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- 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 para-cliniques, notamment d'imagerie ;
 - Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
 - 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 mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
 - 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 mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ;
 - ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.
- 2°)** Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :
- Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de 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.

3°) 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.

ARTICLE 32 - ARCHIVAGE DES DONNEES MEDICALES

Les HBT sont responsables de la bonne conservation des dossiers constitués à l'occasion de toute prise en charge d'un patient dans ses services.

Cette responsabilité est assurée conformément aux obligations réglementaires applicables en matière d'archives médicales et s'organise sous la coordination du médecin DIM.

La conservation des données médicales est également organisée de façon à garantir dans le temps le respect de la confidentialité applicable aux informations de santé à caractère personnel. Lorsque les données ne sont pas informatisées, chaque unité est responsable de la conservation des documents relatifs aux informations personnelles des patients avant qu'ils ne soient archivés aux archives centrales fonctionnant sous la responsabilité du médecin DIM.

CHAPITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DES ACTIVITES MEDICALES ET SOIGNANTES

SECTION 1 : LA PERMANENCE DES SOINS

ARTICLE 33 - LA PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins est l'organisation mise en place visant à assurer la sécurité des patients hospitalisés ou admis d'urgence, et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien. Le service relatif à la permanence des soins correspond aux périodes de nuit, de 18H30 à 8H30 le lendemain, au samedi après-midi, au dimanche et aux jours fériés.

Elle est assurée soit par des présences sur place, soit par des astreintes à domicile qui peuvent donner lieu à déplacement. Dans ce dernier cas, le praticien est tenu de répondre à tout appel dans les plus brefs délais.

Dans le cadre des astreintes, le droit au repos quotidien est garanti aux praticiens.

Les modalités de mise en œuvre de ce repos s'appliquent après analyse de l'activité durant les astreintes, et en particulier de la fréquence des appels, en conformité avec la mission de service public conférée à l'établissement, et en application du principe de la continuité des soins.

La déclinaison opérationnelle des dispositions relatives aux astreintes a été retenue par ligne d'astreintes, en fonction de la nature des organisations médicales, des activités et de l'effectif médical présent dans la spécialité.

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation générale du service normal de jour et du service de garde telles qu'elles sont définies réglementairement, les tableaux mensuels nominatifs sont établies sous la responsabilité du chef de pôle et soumis pour validation au directeur.

ARTICLE 34 - LA COMMISSION DE L'ORGANISATION ET DE LA PERMANENCE DES SOINS

Composition :

La Commission est composée de 12 membres :

- Le Président de la CME ou son représentant ;
- Le Directeur ou son représentant ;
- Des personnels médicaux désignés par la Commission Médicale d'Établissement, compte-tenu des dispositions suivantes :
 - . la moitié au moins des membres doivent être des praticiens accomplissant des permanences sur place ou à domicile ;
 - . un membre du personnel médical des structures organisées en temps médical continu y siège obligatoirement.

Cette commission est chargée :

- de définir annuellement avec le Directeur, l'organisation et le fonctionnement de la Permanence des Soins,
- de donner son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la Permanence des Soins,
- de donner son avis sur les conventions de coopération définissant les secteurs de garde communs à plusieurs établissements,
- d'établir un bilan annuel qu'elle adresse au Directeur et au Président de la CME.

SECTION 2 : LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE

ARTICLE 35 - DEPARTEMENT DE L'INFORMATION MEDICALE

Le département d'information médicale est chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Il a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales et participe à leur informatisation dans le système d'information hospitalier.
Le Médecin DIM est responsable de leur validité et de leur exhaustivité.

Il met en œuvre des actions de formation et de conseil auprès des professionnels de santé dans une perspective d'optimisation du codage de l'activité.
Un Collège de l'information médicale se réunit au moins deux fois par an sous la responsabilité de son président.

SECTION 3 : LE STATUT DES MEDECINS ET PHARMACIENS

ARTICLE 36 - LES CHEFS DE POLE

Chaque chef de pôle est nommé par le Directeur, après avis du président de la CME. Son mandat est de quatre années renouvelables.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il organise, avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte-tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

ARTICLE 37 - LES PRATICIENS RESPONSABLES DE STRUCTURES INTERNES

Les praticiens responsables de structures internes sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle.

Ils organisent le fonctionnement technique du service ou de l'unité et propose les orientations médicales dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien.

Ils sont assistés d'un cadre (paramédical ou sage-femme).

ARTICLE 38 - LES PRATICIENS HOSPITALIERS (PH)

Les praticiens hospitaliers constituent un corps unique de praticiens dont les membres exercent leurs fonctions dans les établissements publics de santé.

Les médecins, pharmaciens, odontologistes constituent le corps unique des PH dans toutes les disciplines médicales, biologiques, pharmaceutiques odontologiques et leurs spécialités.

Ils peuvent exercer à temps plein, à temps plein avec une activité réduite ou à temps partiel.

Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé et participent à l'ensemble des missions de ces établissements.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Ils participent à la permanence des soins, soit en astreinte, soit en service médical continu en gardes sur place.

ARTICLE 39 - LES PRATICIENS ATTACHES

Les praticiens attachés, ou les praticiens attachés associés, exercent, dans le cadre d'un contrat, des fonctions hospitalières et participent, sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de l'unité fonctionnelle, à l'ensemble des missions du service public hospitalier.

Ils sont recrutés par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de pôle, ou à défaut du responsable de service, et du président de la Commission Médicale d'établissement.

Les obligations de service des praticiens attachés et praticiens attachés associés sont fixées par contrat en demi-journées hebdomadaires, entre une et dix demi-journées.

ARTICLE 40 - LES PRATICIENS CONTRACTUELS

Les praticiens contractuels peuvent être recrutés, à temps plein ou à temps partiel, pour exercer des fonctions temporaires, des remplacements ou occuper des postes restés vacants.

Ils sont recrutés par le directeur, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut du responsable de service, du président de la commission médicale d'établissement et du directeur général de l'ARS.

Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du médecin responsable du service.

Ils participent à la continuité des soins conjointement avec les autres membres du corps médical.

ARTICLE 41 - LES ASSISTANTS DES HOPITAUX

Les assistants sont des praticiens recrutés par contrat écrit passé avec le directeur pour une durée maximum de 6 ans, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du directeur général de l'ARS.

Ils exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle il est affecté.

Ils sont associés à la continuité des soins ou à la permanence assurée sur place.

ARTICLE 42 - LES INTERNES

Les internes en médecine sont des praticiens en formation spécialisée.

Ils consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation.

Ils exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Les obligations normales de l'interne en médecine sont de 11 demi-journées par semaine.

Ils bénéficient de deux demi-journées d'autorisations d'absence consacrées à leur formation universitaire. L'interne, le résident et le faisant fonction d'interne participent à la visite et contre visite.

Ils participent au service de garde et astreintes et dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du responsable du service ou d'un autre praticien.

En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des opérations ou interventions que dans les conditions suivantes : se voir confier par le praticien responsable du service certaines opérations ou interventions à la condition que ce médecin responsable du service se soit assuré au préalable que l'autorisation ainsi donnée sous sa responsabilité n'est pas susceptible de porter atteinte aux garanties médicales que les patients sont en droit d'attendre d'un service hospitalier public.

ARTICLE 43 - L'ORGANISATION PHARMACEUTIQUE

La gérance de la pharmacie à usage Intérieur (PUI) est assurée par un pharmacien praticien hospitalier. Dans le cadre de ses missions, il assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi que des dispositifs et matériels médicaux stériles.

Il conduit ou participe à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets ainsi qu'à toute action d'évaluation de leur bon usage. Il contribue à leur évaluation et concourt à la pharmacovigilance et à la matériovigilance.

Il mène ou participe à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines de la compétence pharmaceutique.

Il participe à la détermination et à la mise en œuvre de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et contribue à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Un pharmacien préside le COMEDIMS et participe au CLIN, au CLUD, au CLAN, au CSTH, à la CAI.

La PUI organise la dispensation de médicaments aux patients ambulatoires, en conformité avec les dispositions réglementaires relatives aux rétrocessions.

La PUI doit assurer la réalisation des préparations magistrales et officinales conformément aux Bonnes Pratiques de Préparation Officinales (BPPO).

Le pharmacien assurant la gérance de la PUI est responsable de la préparation des dispositifs médicaux stériles (activités liées à la stérilisation) et doit pour cela respecter les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière.

En dehors des heures d'ouverture de la PUI, il assure la permanence des soins pharmaceutiques.

ARTICLE 44 - L'ORGANISATION DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

Conformément à l'article 6213-8 du CSP, le laboratoire de biologie médicale fonctionne sous la responsabilité d'un biologiste responsable. Son activité s'inscrit dans le cadre de l'accréditation COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189.

Le laboratoire assure une activité continue 24 heures sur 24. Les jours ouvrables, de 7h00 à 12h30, le laboratoire organise en son sein une consultation ouverte aux patients externes pour la réalisation des prélèvements.

L'établissement dispose également d'un laboratoire d'anatomopathologie fonctionnant sous la responsabilité du praticien responsable d'unité.

SECTION 4 : LA DIRECTION DES SOINS / L'ORGANISATION PARAMEDICALE

ARTICLE 45 - LA DIRECTION DES SOINS

Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le directeur des soins est membre de droit du Directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La direction des soins conçoit et pilote la mise en œuvre du projet de soins, coordonne la continuité des soins et la cohérence des parcours de soins des patients grâce à une politique d'amélioration continue

de la qualité. L'équipe de la direction des soins met en œuvre également une politique de gestion et de développement des compétences des personnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation et organise les parcours professionnalisant.

Définition du projet de soins en lien avec le projet médical pour un projet de prise en charge cohérent du patient : objectifs et mise en œuvre, suivi et évaluation en lien avec la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico technique :

- Organisation des parcours de soins,
- Veille règlementaire et bonnes pratiques en matière d'organisation des soins,
- Répartition cohérente des ressources par pôle,
- Gestion des remplacements pour assurer la continuité et la sécurité des soins,
- Animation et coordination des activités de l'encadrement soignant,
- Développement de la recherche en soins,
- Définition et mise en œuvre de la politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et des stagiaires.

SECTION 5 : LES INSTANCES DU BLOC OPERATOIRE

Afin d'assurer la gestion du bloc, celui-ci est doté de trois instances :

- Un conseil de bloc
- Une cellule de supervision
- Une commission des utilisateurs du bloc opératoire.

ARTICLE 46 - CONSEIL DE BLOC

Cette instance permet le déroulement harmonieux de l'organisation et du fonctionnement du bloc opératoire.

Ses membres :

- Le cadre de bloc,
- Le chef de pôle,
- Le cadre supérieur assistant de pôle
- Le directeur de pôle (ou un membre de la direction),
- Un opérateur représentant les principales spécialités, au moins,
- Un représentant des anesthésistes, au moins,
- Une secrétaire,
- Le président du conseil de bloc qui est chargé de l'organisation du conseil de bloc.

Mode de désignation des membres

Tous les médecins peuvent être présents, avec au moins un représentant par spécialité, désigné par leurs pairs. La direction choisit son représentant.

D'autres membres peuvent être invités à titre d'expert ou de membre consultatif selon l'ordre du jour sans prendre part à l'avis donné par le conseil de bloc.

Le conseil de bloc délibère valablement quant siège au moins la moitié de ses membres.

Durée des mandats

Trois ans renouvelables.

Son rôle :

- Faire appliquer les décisions prises et être garant de l'application de la charte du règlement intérieur.
- Tenter de résoudre les problèmes liés au fonctionnement du bloc opératoire non résolus par les cadres ou la cellule de supervision.
- Décider par rapport aux facteurs limitatifs.
- Analyser les indicateurs d'activité pour permettre un choix dans les orientations, attribuer les plages opératoires.
- Être l'interlocuteur de la direction (orientation des choix d'équipement).

Fréquence des réunions

Une fois par trimestre au moins. Une convocation est envoyée à chaque membre par le président du conseil, au moins quinze jours avant la date de réunion qui donne lieu à un compte-rendu écrit.

ARTICLE 47 - CELLULE DE SUPERVISION**Ses membres :**

- Un représentant des chirurgiens,
- Un représentant des anesthésistes,
- Les cadres du bloc (dont le cadre responsable).

Ses missions :

- Valider le programme opératoire prévisionnel selon la répartition des plages attribuées,
- Décider les changements par rapport aux facteurs limitatifs,
- Arbitrer les conflits dans la gestion du programme opératoire hebdomadaire ou quotidien (ressource sur demande du cadre de bloc),
- Organiser les interventions dans le cadre de la gestion des risques infectieux, physique, hémodynamique

Les réunions :

Elle se réunit tous les vendredis à 9h00 dans le bureau du cadre du bloc opératoire.

ARTICLE 48 - COMMISSION DES UTILISATEURS DU BLOC OPERATOIRE**Ses membres :**

- Le président de la CME.
- Le directeur de pôle ou son représentant.
- Le cadre supérieur du pôle.
- Le cadre du bloc opératoire.
- Un opérateur représentant chaque spécialité, au moins.
- Un représentant des anesthésistes, au moins.
- Un représentant des infirmiers du bloc opératoire.
- Un représentant des infirmiers anesthésistes.
- Un représentant des AS/ASH.
- Un représentant des brancardiers.
- La secrétaire du bloc opératoire.
- Le président est élu par les membres de la commission pour une durée de trois ans renouvelable.

Mode de désignation des membres (autres que ceux du conseil de bloc) :

Infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, et brancardiers sont proposés par leurs collègues.

D'autres membres peuvent être invités à titre d'expert selon l'ordre du jour sans prendre part à l'avis donné par la commission de bloc.

Son rôle :

Valider les règles du fonctionnement du bloc.

Répondre à l'ensemble des demandes des utilisateurs du bloc.

Etre l'interlocuteur de la direction (orientation des choix d'équipements, des horaires de fonctionnement...)

Les réunions :

Fréquence : elle se réunit au moins une fois par an et donne lieu à un compte rendu.

SECTION 6 : LA REFLEXION ETHIQUE

ARTICLE 49 - L'ETHIQUE

Les HBT organisent la réflexion éthique en leur sein.

Les HBT participent au réseau régional des comités locaux d'éthique.

CHAPITRE III – Prévention et gestion des risques - qualité sécurité des soins

SECTION 1 : ORGANISATION QUALITE / GESTION DES RISQUES

Sous-section 1 : Structuration et coordination de la démarche

1 : Définition des orientations stratégiques

ARTICLE 50 - ELABORATION DU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

A un niveau stratégique, la CME propose au Directeur d'établissement un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, constitué notamment à partir :

- des objectifs Qualité et Sécurité des Soins définis par les comités et commissions œuvrant dans le domaine qualité sécurité des soins ;
- des attendus de la certification HAS ;
- de l'analyse des événements indésirables graves et récurrents ;
- des objectifs qualités sécurités des soins découlant des résultats des indicateurs en santé.

Ce programme inclut les propositions de la CSIRMT et de la CRUQPC.

Présenté en Directoire, conjointement par le Directeur d'Etablissement et le Président de CME, le programme est ensuite mis en œuvre, après avis du CTE et du Conseil de Surveillance.

Annuellement, le programme fait l'objet d'une évaluation et d'une mise à jour, à l'occasion de l'élaboration d'un rapport annuel, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

2 : Coordination de la démarche

ARTICLE 51 - COORDINATION : LE COMITE DE GESTION DES RISQUES

Un Comité de Gestion des Risques (COGERIS) se réunit en moyenne tous les deux mois et a pour objectif de coordonner l'organisation de la gestion des risques et de mettre en œuvre le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Sont membres du COGERIS :

- Le Directeur chargé de la qualité et de la gestion des risques,
- Le Directeur des Soins,
- Le Médecin Coordonnateur des Risques Liés aux Soins,
- Un Médecin représentant la CME,
- Le Chargé de Mission Qualité.

Le COGERIS a principalement pour missions :

- de décliner les actions et interventions nécessaires pour la mise en œuvre du programme de gestion des risques, et plus largement, du programme permanent de la qualité et de la sécurité des soins ;
- de veiller à la mise en œuvre des analyses protocolées concernant les événements indésirables graves (EIG) et ou récurrents ;
- d'analyser toutes situations de crises relevant de son champ de compétence.

3 : mise en œuvre opérationnelle

Pour atteindre ses objectifs de coordination de l'organisation de la gestion des risques et de mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le COGERIS s'appuie principalement sur le Groupe de suivi Gestion des Risques, la Mission Qualité et les Référents Qualité / Risques.

ARTICLE 52 - LE GROUPE DE SUIVI DE GESTION DES RISQUES

Le Groupe de Suivi de Gestion des Risques se réunit en principe de façon hebdomadaire.

Composé largement de représentants du corps médical, dont le Médecin Coordonnateur des Risques Liés aux Soins, de représentants paramédicaux et de représentants des différentes directions fonctionnelles de l'établissement, il intervient notamment dans le suivi des événements indésirables.

Ses principales missions consistent à :

- Réorienter ou compléter les transmissions d'événements indésirables faites en première intention par les déclarants ;
- Veiller au bon aboutissement des enquêtes conduites sur le terrain, suite aux déclarations d'événements indésirables ;
- Proposer, le cas échéant, la mise en œuvre d'analyses dites « protocolées », en application de l'une des méthodes retenues aux HBT ;
- Suivre la mise en œuvre des mesures d'amélioration définies suite aux signalements d'événements indésirables ;
- Promouvoir le bon usage de l'outil de signalement des événements indésirables Signal WEB.

ARTICLE 53 - MISSION QUALITE

La Mission Qualité est principalement chargée de la mise en œuvre et du suivi des axes du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle apporte un soutien méthodologique aux professionnels de l'établissement.

Spécifiquement sur le domaine de la gestion des risques, la Mission Qualité prépare et anime les réunions du groupe de suivi et veille au déploiement du logiciel SIGNAL WEB. Par ailleurs, ce service intervient dans le suivi de la procédure des alertes sanitaires descendantes.

ARTICLE 54 - REFERENTS QUALITE / RISQUES

Interlocuteurs privilégiés, ces référents participent directement à la construction et au déploiement de la « culture qualité - sécurité des soins » au sein de l'établissement.

Ils exercent une vigilance tout au long du processus de signalement, de traitement et d'analyse des EI.

Ils participent aux analyses et interviennent dans la définition des plans d'actions, et de leur suivi.

Sous-section 2 : Organigramme de gestion des risques – désignation de référents et experts par domaine de risque

Une attention particulière est apportée à la prévention des risques, afin de réaliser les actes diagnostiques et thérapeutiques dans les conditions optimales de qualité et de sécurité.

Dans cette optique, l'établissement a décliné une organisation reposant sur un système de vigilances (vigilances sanitaires) et de référents risques, nominativement désignés.

Cette organisation porte non seulement sur les risques liés aux soins, mais également sur l'ensemble des risques auxquels peut être confronté un établissement de santé.

ARTICLE 55 - LES VIGILANCES SANITAIRES

Des professionnels de l'établissement sont désignés en tant que correspondants internes des vigilances sanitaires réglementées.

Il est rappelé que tout agent ayant connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident, lié notamment à l'utilisation d'un produit (médicament et produits dérivés du sang) ou d'un dispositif médical, est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant interne assurant au sein de l'établissement la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée.

Ces correspondants transmettent les alertes ascendantes relevant de leur domaine de compétence, sur les supports adaptés et conformément aux procédures en vigueur. Ils sont également destinataires des alertes sanitaires descendantes, transmises par la Mission Qualité.

Les référents ont été identifiés sur les thématiques de vigilance sanitaire ci-après :

- hémovigilance et sécurité transfusionnelle ;
- pharmacovigilance ;
- matériovigilance ;
- réactovigilance ;
- infectiovigilance ;
- biovigilance ;
- radiovigilance ;
- radioprotection (Personne Compétente en Radioprotection).

ARTICLE 56 - RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

L'établissement a défini une organisation intégrée au retour d'expérience visant à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il ne se reproduise.

Un Médecin Coordonnateur des Risques Liés aux Soins, un Responsable du Système du Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse un Référent en Antibiothérapie, et un Responsable Assurance Qualité du Laboratoire ont été désignés.

ARTICLE 57 - AUTRES RISQUES

De la même manière, des professionnels de l'établissement sont désignés en tant que référents sur d'autres thématiques de risque :

- Risques liés au système d'information
- Risques professionnels
- Risques liés à l'environnement, aux fonctions techniques et logistiques

SECTION 2 : FOCUS SUR LES COMITES, COMMISSION ET GROUPES CONSTITUES DE FAÇON PERENNE ŒUVRANT DANS LE DOMAINE QUALITE/RISQUE

Les HBT sont dotés de plusieurs Comités et Commissions, énoncés ci-dessous, constitués de façon pérenne et œuvrant dans le domaine qualité et sécurité des soins.

Ces Comités et Commissions, hormis pour ce qui concerne le CSTH, se composent librement. La désignation des présidents de chaque comité ou commission est validée en CME.

Annuellement chacun de ces comités élabore le bilan de ses activités pour l'année écoulée et propose son programme pour l'année suivante.

Le bilan de chaque comité ou commission est repris dans le rapport annuel sur le programme qualité risque, rédigé en application des dispositions de [l'Article R 6144-2-2](#) du code de la santé publique.

ARTICLE 58 - LA COMMISSION DES ANTI- INFECTIEUX

Rôle et Mission :

Son objectif est d'améliorer la qualité de la prescription des antibiotiques. Elle doit définir les actions indispensables à mettre en œuvre pour contribuer au bon usage des antibiotiques, afin de limiter la résistance des bactéries vis-à-vis de certains antibiotiques.

La commission coordonne avec le médecin référent les actions en matière de bon usage des antibiotiques.

- Elle élabore et diffuse des recommandations locales pour l'antibiothérapie ;
- Elle élabore la liste des antibiotiques et met en place un système de dispensation contrôlée ;
- Elle mène des actions de surveillance (suivi de la consommation des antibiotiques, suivi des résistances bactériennes) et d'évaluation ;
- Elle définit les actions de formation à mettre en œuvre pour les personnels médicaux et paramédicaux.

Composition :

La CAI est composée de différents médecins de chaque pôle clinique et de praticiens impliqués dans la gestion de l'antibiothérapie, notamment un pharmacien chargé de la dispensation des antibiotiques, un biologiste, un praticien hygiéniste et un médecin référent désigné par le directeur de l'établissement sur proposition de la CME. La mission de ce médecin référent est de promouvoir sur le terrain les actions de bon usage définies par la commission.

Fréquence des réunions :

La CAI se réunit en moyenne 3 fois par an.

ARTICLE 59 - LE COMITE DE LIAISON DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION

Le CLAN a pour principale mission de participer à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients. Il formule à cette fin des avis et recommandations en matière de qualité de l'alimentation et de la nutrition.

Sous la présidence d'un médecin, assisté de deux vice-présidents (un médecin et un cadre supérieur de santé), sa composition est multi-professionnelle.

Des représentants des médecins, pharmaciens, directeurs, cadres de santé, infirmiers, diététiciens, aide soignants, cuisiniers, gestionnaires et administratifs constituent ce comité pour garantir la pertinence de son rôle de conseiller en alimentation et nutrition avec le souci permanent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins.

ARTICLE 60 - LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est chargé d'organiser et de coordonner la surveillance, la prévention et la formation continue en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Il se réunit 4 fois par an, en séances plénières, sous l'autorité de son président choisit en son sein parmi les médecins et les pharmaciens hospitaliers. En fonction de l'actualité de l'établissement, des réunions de travail spécifiques, en comité restreint, pourront être aussi organisées.

Il est composé entre autre par :

- le président ou vice-président de la CME,
- le directeur de l'établissement ou son représentant,
- le médecin du travail,
- le (la) directeur (trice) des soins,
- un pharmacien,
- un biologiste,
- le praticien hygiéniste,
- des praticiens hospitaliers médecins et chirurgiens,
- le cadre hygiéniste,
- plusieurs membres représentant de la Commission Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-techniques,
- un représentant des usagers.

ARTICLE 61 - L'EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE

L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène a pour mission de prévenir et de lutter contre les infections liées aux soins. L'EOH met en œuvre le programme annuel du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).

Ce programme comporte des actions de prévention, de formation, de communication, de surveillance et de maîtrise des épidémies.

Il évolue chaque année en fonction des résultats de surveillance et d'évaluation des pratiques, des recommandations ministérielles, des sociétés savantes, et de l'actualité épidémiologique.

Les actions entreprises et à venir s'inscrivent dans une démarche d'amélioration permanente de la qualité et de la sécurité des soins et des patients.

ARTICLE 62 - LA COMMISSION DES FLUIDES MEDICAUX

Rôle et Mission :

Les gaz médicaux étant pour partie des médicaments, les règles qui les régissent au sein d'un établissement de santé sont sous la responsabilité de la Commission médicale d'établissement qui peut la déléguer à un comité d'experts.

Les objectifs de la Commission des fluides médicaux sont de veiller à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse dans le domaine des gaz médicaux pour réduire les événements jugés évitables chez les patients.

Cette commission doit être consultée dès la conception des installations et lors des modifications, au cours des travaux et à la réception finale en vue de procéder à une étude des risques en encourus par les patients.

Ses missions sont d'effectuer l'analyse des risques, l'évaluation de la conformité des matériels et des installations aux normes, la vérification de la nature des gaz, mais aussi de garantir la sécurité des approvisionnements lors des ruptures de la chaîne (pannes, interruptions programmées, difficultés de livraison avec risques de rupture d'approvisionnement ...).

Elle a en charge la validation des procédures et modes opératoires.

Cette commission est de composition multidisciplinaire et pluri-professionnelle.

La commission se réunit au moins une fois par an.

ARTICLE 63 - LE COMITE DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES

Rôle et Mission :

Le COMEDIMS porte, pour la CME, et conformément au décret n°439 du 30 avril 2010, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, l'élaboration des préconisations en matière de prescriptions et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Le COMEDIMS prend une part active à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux retenus au livret de l'établissement.

Il s'associe à l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (diffusion des référentiels) et propose des protocoles et des fiches de bon usage.

Il assure l'information sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse en relayant les informations venant des autorités de tutelles (effets indésirables, retrait de produits) et en faisant remonter les déclarations de pharmacovigilance.

Il conduit des audits et des évaluations des pratiques relatifs à la prise en charge médicamenteuse et aux circuits des dispositifs médicaux avec pour objectif la lutte contre l'iatrogénie et la pertinence des prescriptions.

Il est partie prenante dans la mise en œuvre du contrat du bon usage des médicaments, produits et prestations signé avec l'ARS et l'assurance maladie.

Composition :

La composition du COMEDIMS associe des acteurs des différentes étapes du circuit du médicament et des différents pôles de l'établissement.

Fréquence des réunions :

Le COMEDIMS se réunit autant que nécessaire et généralement 3 fois dans l'année.

Modalités pratiques de fonctionnement :

Le COMEDIMS est doté d'un règlement intérieur.

ARTICLE 64 - LA COMMISSION PREVENTION ET SOINS DES PLAIES**Rôle et Mission :**

La CPSP a pour mission d'améliorer la prise en charge des plaies, de prévenir le risque d'apparition et d'aggravation des escarres.

Dans ce cadre, la CPSP propose des formations aux IDE et aux aides-soignants, et élabore des documents institutionnels de référence visant à harmoniser les pratiques.

La CPSP organise régulièrement des actions d'évaluation et de suivi.

La CPSP, dont le fonctionnement est encadré par un règlement, établit un rapport annuel en lien avec le programme qualité.

Composition :

La CPSP composée de membres permanents et de correspondants dans les UF (IDE et Aide soignants).

Le président de la CPSP est secondé par un secrétaire.

Tous deux sont élus annuellement en séance plénière à la majorité des voix des membres et correspondants présents.

Fréquence des réunions :

LA CPSP se réunit trois fois par an.

ARTICLE 65 - LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

Ce comité est composé de membres médicaux et paramédicaux, du directeur ou de son représentant, du directeur des soins, du médecin des soins palliatifs, du médecin algologue et du chargé de mission qualité.

Le CLUD a notamment pour missions :

- Proposer des orientations les mieux adaptées à la situation locale, service par service, pour améliorer la prise en charge de la douleur.
- Coordonner les actions visant à organiser la prise en charge de la douleur
- Susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité, de l'évaluation et du traitement de la douleur
- Aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux

Ce comité se réunit au moins trois fois par an.

ARTICLE 66 - LE COMITE DE SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET D'HEMOVIGILANCE

Rôle et Missions :

Le CSTH contribue par ses études et propositions à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés aux HBT.

Il veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance édictées par le Code de la Santé Publique et coordonne les actions d'hémovigilance entreprises aux HBT.

A ce titre, le CSTH :

- S'assure de la traçabilité des actes transfusionnels dans le dossier patient et le cas échéant de la présence de la copie de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur ;
- Peut être saisi de toute question relative aux modalités de
- Collaboration entre le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion sanguine et celui des HBT, et plus généralement de toute question portant sur les circuits de transmission des informations, en vue d'améliorer l'efficacité de l'hémovigilance ;
- Se tient informé des conditions de fonctionnement des dépôts de sang ;
- Est prévenu des incidents graves pouvant survenir aux HBT, ainsi que des effets indésirables chez les receveurs, et conçoit toute mesure destinée à y remédier ;
- Présente à la Commission Médicale d'Etablissement un programme de formation en sécurité transfusionnelle, destiné aux personnels concernés.

Composition :

Le CSTH est présidé par le Correspondant d'Hémovigilance des HBT, médecin Praticien Hospitalier, désigné par le directeur des HBT, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Participant aux réunions du CSTH :

- le directeur des HBT (ou son représentant) ;
- le directeur référent de l'Etablissement Français du Sang (ou son représentant) ;
- le correspondant d'hémovigilance de l'Etablissement Français du Sang.

Outre les professionnels dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ses missions, les représentants des personnels médicaux, soignants, médico-techniques et administratifs des HBT. Sont notamment représentés les principaux services prescripteurs de transfusion sanguine de l'établissement.

Peuvent également assister de droit aux séances du CSTH :

- le coordonnateur régional d'hémovigilance,
- le responsable du centre régional de pharmacovigilance,
- le correspondant du centre régional de pharmacovigilance, au sein des HBT, pour les médicaments dérivés du sang.

La liste nominative des membres du CSTH est arrêtée et mise à jour annuellement par le Président de ce comité.

Fréquence des réunions :

Le CSTH se réunit au moins trois fois par an.

Modalités pratiques de fonctionnement :

Les comptes rendus, rapports et autres documents intéressant l'hémovigilance élaborés par le CSTH, sont adressés :

- à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé,
- au Coordonnateur Régional d'Hémovigilance

- au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

Le CSTH peut saisir le Coordonnateur Régional d'Hémovigilance et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé de toute question relative à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance aux HBT.

Le CSTH peut demander au Coordonnateur Régional d'Hémovigilance de faire procéder à toute investigation sur les circonstances de la survenue d'un incident grave ou d'un effet indésirable, dans l'établissement.

SECTION 3 - LE RETOUR D'EXPERIENCE ET LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) : DES LEVIERS POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Sous-section 1 : Mise en œuvre du retour d'expérience

ARTICLE 67 - LE RETOUR D'EXPERIENCE – RISQUES LIES AUX SOINS

Le retour d'expérience est conçu comme une organisation permettant une remontée d'information suffisante pour permettre la connaissance des événements indésirables graves associés aux soins, ou des événements indésirables qui auraient pu causer un dommage au patient (presqu'accidents).

Ces événements indésirables et presqu'accidents doivent ensuite être analysés de façon collective et les mesures d'amélioration qui sont dégagées doivent faire l'objet d'un suivi et d'une communication.

La description de l'organisation du retour d'expérience retenue aux HBT est accessible dans la rubrique gestion des risques de l'intranet.

Il est rappelé que tout professionnel de l'établissement doit signaler (par l'intermédiaire de l'outil Signal Web) dans les meilleurs délais, les événements indésirables (accidents, presqu'accidents) dont il a connaissance à l'occasion de l'exercice de ses missions, après avoir mis en œuvre le cas échéant les mesures conservatoires qui s'imposent.

A ce sujet, un engagement de « non poursuite » a été pris par le Directeur d'Etablissement qui décide de ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre du professionnel qui aurait spontanément et sans délai signalé un événement indésirable, dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement.

Ce principe ne peut bien évidemment pas s'appliquer en cas de manquements délibérés ou répétés aux obligations qui régissent les activités des professionnels, notamment au regard des règles de bonnes pratiques et des règles de sécurité.

Sous-section 2 : Le Développement Professionnel Continu

ARTICLE 68 - LE DPC

Le DPC est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qui associe la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Le DPC concerne la plupart des professionnels de santé.

Véritable levier permettant d'atteindre un objectif de qualité et de sécurité des soins, le DPC se décline en programmes (la somme des programmes constitue le plan DPC) pouvant indifféremment débiter par la partie évaluation des pratiques ou par la partie acquisition ou approfondissement de connaissances/compétences.

ARTICLE 69 – LE COMITE DPC

Le Comité DPC se situe à un niveau stratégique et coordination de la démarche.

Ce comité a pour principales missions :

- De définir les orientations générales du plan de DPC (programmes) ;
- De valider les choix faits par les professionnels exprimés via le GRAFEP (cf. article suivant), en réajustant si nécessaire les programmes ;
- De proposer toute évolution nécessaire du DPC au regard des besoins émergents de l'établissement (suites des certifications, évaluations, inspections...), ou des orientations régionales à venir ;
- D'élaborer le bilan annuel des programmes en cours.

ARTICLE 70 – LE GROUPE D'ACCOMPAGNEMENT FORMATION ET EVALUATION DES PRATIQUES

Ce groupe se situe à un niveau opérationnel, ses principales missions consistent notamment à :

- valider en amont le contenu des programmes proposés par les pôles : éligibilité, choix de la méthodologie, périmètre, professionnels concernés ;
- assurer le suivi et l'accompagnement des divers programmes en cours ;
- valider les démarches abouties et à en informer le Comité DPC

SECTION 4 : LES PLANS D'URGENCE

ARTICLE 71 - LES PLANS D'URGENCE

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

En situation de catastrophe ou lors de déclenchement de plans d'urgence (Plan Rouge, Plan Grand Froid, Plan Canicule, ...), le directeur fait prendre toutes mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public qui incombe à l'établissement, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

L'établissement dispose notamment d'un Plan Blanc permettant de répondre aux situations de crise telles que l'afflux massif de patients ou de victimes, la survenue d'un événement comportant un risque nucléaire, radiologique, biologique ou chimique, ainsi qu'aux situations où le fonctionnement normal de l'établissement est compromis (canicules, évacuations de population, pandémies, sinistres...).

Ce document, disponible sur l'intranet, décrit le rôle de chaque catégorie de personnel susceptible d'intervenir qu'il soit présent dans l'établissement ou qu'il soit appelé sur décision du directeur, après avis de la cellule de crise.

Le déclenchement du Plan Blanc peut être réalisé dans le cadre d'un Plan Blanc départemental.

Un Plan Bleu prévoit, pour les EHPAD rattachés à l'établissement, la gestion des situations exceptionnelles.

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS

SECTION 1 : ADMISSIONS – CONSULTATIONS EXTERNES

Sous-section 1 : Dispositions générales

ARTICLE 72 - LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE OU ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES

En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les Hôpitaux du Bassin de Thau mettent en place, dans le cadre du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), permettant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité en accompagnant dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Les HBT concluent avec l'Etat une convention prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes démunies selon certaines modalités et après évaluation du service social.

ARTICLE 73 - ACCES AU SERVICE SOCIAL

Un service social est à la disposition des hospitalisés et de leur famille. Un assistant de service social intervient dans chaque unité de soins. Il peut se rendre au chevet du patient à sa demande, ou à la demande de l'équipe soignante qui l'aura informé préalablement. L'assistant de service social pourra aussi recevoir l'entourage de ce dernier.

ARTICLE 74 - ADMISSION HORS URGENCE

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

Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission.

Il est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utile à ce dernier, pour le diagnostic et le traitement.

Afin d'organiser son admission, il est remis au patient, à la suite de la consultation, un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui sont nécessaires pour ouvrir son dossier administratif.

ARTICLE 75 - DECISION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

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

ARTICLE 76 - ADMISSION EN URGENCE

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

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. L'admission est prononcée 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 (Nom = X, Prénom = X, Sexe = M ou F, Date de naissance = date du jour d'entrée et année approximative de naissance du patient), les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devront être recherchées le plus rapidement possible.

ARTICLE 77 - LES CONSULTATIONS EXTERNES

Les HBT disposent de services de consultations et de soins pour les patients externes. La liste et la localisation de ces services sont indiquées à l'entrée de l'établissement.

Le directeur établit et tient à jour en accord avec les chefs de pôle concernés un tableau qui précise le fonctionnement des consultations : discipline, nom et qualité des praticiens, jours et heures des consultations.

Les médecins participant aux consultations externes veillent au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants.

ARTICLE 78 - ACTIVITE LIBERALE

L'activité libérale voit son principe posé aux articles L. 6154-1 et suivants du Code de Santé publique, qui autorisent l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein à condition que l'intérêt du service public n'y fasse pas obstacle.

Dans le cadre de l'activité libérale, certains praticiens hospitaliers temps plein sont autorisés à recevoir des patients en secteurs de consultation et d'hospitalisation pour une durée n'excédant pas 20% de la durée du service hospitalier hebdomadaire.

Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur à celui relevant de l'activité publique. Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservée à l'exercice de l'activité libérale.

Un contrat est établi entre l'administration hospitalière et le médecin précisant les modalités d'exercice de l'activité libérale.

Pour tout acte ou consultation, le patient doit recevoir au préalable les indications relatives :

- au montant des honoraires,
- au remboursement par les caisses d'assurance maladie et à la part restant à sa charge.

En cas d'hospitalisation, le patient doit formuler expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale.

Les patients peuvent à leur demande être admis au titre de l'activité libérale de certains praticiens. Ce choix est formulé par écrit. Les conditions particulières qui impliquent ce choix sont portées à leur connaissance, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux.

Sous-section 2 : Dispositions particulières

ARTICLE 79 - FEMMES ENCEINTES – ADMISSION – DECLARATION DE NAISSANCE

Le directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement, ou d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein de l'établissement, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

Un certificat de naissance est établi en trois exemplaires. Un exemplaire est remis à la famille. Celle-ci est informée de l'obligation de déclarer la naissance à la mairie du lieu de naissance dans les trois jours. Un exemplaire du certificat est envoyé à la mairie.

Pour information, un livre des naissances est tenu à jour dans le service avec le troisième exemplaire du certificat.

ARTICLE 80 - FEMMES ENCEINTES – SECRET DE L'HOSPITALISATION

Dans le cadre du décret 2002-781 du 3 mai 2002 relatif au conseil national pour l'accès aux origines personnelles et à l'accompagnement et l'information des femmes accouchant dans le secret pris pour l'application de la loi n°2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'état, un document est remis et expliqué à la femme lors de son accouchement et au plus tard pendant son séjour dans l'établissement.

Ce document précise :

- Les effets juridiques de la demande expresse de secret ou de l'absence de cette demande ;
- Les modalités de levée du secret ;
- Les moyens de communiquer l'identité de la mère de naissance à l'enfant ou aux personnes mentionnées au 3 de l'article 147-2 du code de l'action sociale et des familles, de son vivant ou après son décès. Les conséquences de son choix en matière de filiation et notamment les modalités et le délai pendant lequel elle peut le cas échéant, établir volontairement le lien de filiation ainsi que les effets qui s'attachent au placement et à l'adoption plénière de l'enfant ;
- Le rôle du conseil national pour l'accès aux origines personnelles et celui de ses correspondants dans le département ;
- La nature des renseignements qu'elle est invitée à laisser dans l'intérêt de l'enfant ainsi que les modalités de conservation et de transmission de ces renseignements et de ceux contenus dans le pli fermé.

ARTICLE 81 - ADMISSION POUR IVG

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein de l'établissement, agréé à cet effet, conformément aux dispositions de la loi du 17 janvier 1975 et de ses textes d'application.

La loi du 27 janvier 1993 réprime le délit d'entrave à l'IVG en instituant des sanctions pénales à l'encontre de tout manifestant qui empêche ou tente d'empêcher une IVG ou les actes de soins qui lui

sont préalables. Lorsque cette infraction est commise le directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave.

Admission d'une mineure pour IVG :

Si la personne mineure ne peut accéder au consentement parental, la possibilité lui est donnée de se faire accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix. La prise en charge des interruptions de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental peut être anonyme et gratuite.

ARTICLE 82 - MILITAIRES – ADMISSION HORS CAS D'URGENCE

Dans cette situation, les militaires sont admis sur demande de l'autorité militaire compétente.

ARTICLE 83 - MILITAIRES – ADMISSION EN URGENCE

L'admission d'un militaire dont l'état de santé nécessite des soins urgents doit être signalée à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie. La Direction doit être systématiquement informée de l'admission d'un militaire pour des soins urgents.

ARTICLE 84 - RELATIONS AVEC LES SERVICES DE POLICE

- Hospitalisation de patients détenus ou gardés à vue

Pour permettre une organisation optimale de la prise en charge, le commissariat informe par tous moyens le directeur de garde de l'imminence de l'hospitalisation, d'une personne détenue ou gardée à vue.

Au cours de l'hospitalisation, tout est mis en œuvre pour assurer le respect du secret médical. Il ne peut y avoir de restrictions aux droits du patient, hormis celles imposées par la surveillance de cette personne et celles découlant généralement du Code de procédure pénale.

De la même façon, le commissariat informe par tous moyens le directeur de garde de la mise en garde à vue d'une personne d'ores et déjà hospitalisée.

- Demandes d'informations relatives aux patients admis aux HBT

Aucune demande ne pourra être satisfaite si elle est adressée oralement sur place ou par téléphone, directement auprès des professionnels de santé.

Toute demande de communication d'information à caractère médical et/ou administratif, quel que soit le cadre de l'enquête, devra être adressée par écrit, sous forme de réquisition, auprès du secrétariat de direction de l'établissement (n° fax : 04 67 46 57 99).

Sans délai, le secrétariat adresse la demande au gestionnaire concerné. En dehors des heures et jours ouvrables, ces demandes sont adressées au directeur de garde joignable par l'intermédiaire du standard téléphonique de l'établissement (04 67 46 57 57, n° fax : 04 67 46 59 00).

Les stipulations qui précèdent ne concernent pas les réquisitions adressées aux professionnels médicaux de l'établissement demandant de procéder à des examens médicaux.

ARTICLE 85 - DETENUS – ADMISSION

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la Justice et à la diligence du Préfet, admis dans une chambre avec un isolement possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres patients.

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

ARTICLE 86 - DETENUS – REGIME D'HOSPITALISATION

En principe, les détenus sont hospitalisés en régime de droit commun, avec une surveillance policière adaptée.

Sur décision expresse du Ministre de la Justice, les détenus peuvent être traités, à leur frais, dans le secteur libéral d'un praticien hospitalier.

Dans ce cas, leur surveillance prévue à l'article ci-dessus ne doit pas gêner les autres patients.

ARTICLE 87 - DETENUS – INCIDENT EN COURS D'HOSPITALISATION

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D 280 du code de procédure pénale.

ARTICLE 88 - DETENUS – MESURES DE SURVEILLANCE ET DE GARDE

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de Police, de Gendarmerie, des Forces Armées et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

ARTICLE 89 - MINEURS – ADMISSION – HOSPITALISATION

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale, ou à la demande de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

Il est préconisé que les mineurs ne soient pas hospitalisés dans les services d'adultes, sauf si des secteurs sont aménagés pour eux avec du personnel et des équipements spécifiques.

ARTICLE 90 - MINEURS – INFORMATION ET CONSENTEMENT

Le mineur est informé des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de son âge et de ses facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de son représentant légal.

Toutefois, le mineur qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention qui s'impose pour sauvegarder sa santé, peut s'opposer dans les conditions prévues à l'article L 1111-5 du Code de santé publique, à ce que le médecin concerné communique aux titulaires de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin doit néanmoins s'efforcer de convaincre le mineur et fait mention écrite de cette opposition dans le dossier du patient.

ARTICLE 91 - MINEURS – AUTORISATION D'OPERER – REFUS DE SOINS

L'admission du mineur, régulièrement autorisée, implique l'acceptation d'un programme thérapeutique élaboré par le médecin du service. Le mineur ne peut refuser une hospitalisation.

Toutefois, en cas d'intervention chirurgicale, l'autorisation écrite des parents ou du détenteur de l'autorité parentale est exigée.

Si les parents ou tuteur sont défaillants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le Directeur ou son représentant (directeur d'astreinte) peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer une mesure d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent.

Dans un cas d'extrême urgence constatée par au moins deux médecins, le Directeur ou l'administrateur de garde saisit le Procureur de la République ou le Juge des enfants, dont l'accord téléphonique permet d'effectuer l'intervention. Une confirmation écrite de cet accord est demandée au Magistrat.

ARTICLE 92 - MINEURS – GARDE ET PROTECTION

Lorsqu'un enfant a été confié à l'établissement pour des examens médicaux ou des soins, l'établissement est investi du droit de garde de l'enfant et en particulier d'un devoir de surveillance adapté à son état de mineur. Il est tenu en cette qualité de prendre en charge les besoins de l'enfant, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

ARTICLE 93 - CONSULTATION DE MINEURS NON ACCOMPAGNES

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente en consultation, 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 son tuteur.

ARTICLE 94 - MINEURS RELEVANT D'UN SERVICE DEPARTEMENTAL DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

L'admission d'un mineur relevant du service départemental de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de ce service. Le directeur de l'établissement hospitalier adresse sous pli cacheté dans les 48 heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance le certificat confidentiel du médecin indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

ARTICLE 95 - MINEURS – ACCOMPAGNANTS

Le directeur organise, sous réserve des possibilités du service et avec l'accord du responsable d'unité concerné, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents, au cours de l'hospitalisation.

- Les modalités sont les suivantes en service de pédiatrie :

Les représentants légaux, ou toutes autres personnes qui s'occupent de l'enfant sur autorisation écrite des représentants légaux, peuvent rester avec l'enfant à condition de ne pas entraver l'organisation et la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients. Il est précisé qu'une seule personne peut rester la nuit avec l'enfant

hospitalisé (hormis pour le cas de l'hospitalisation d'un nouveau-né en chambre mère-enfant où la présence des deux est autorisée) Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers s'ils le souhaitent, sauf si leur présence ne s'avère pas compatible avec une bonne exécution des soins. Ils peuvent participer aux soins d'hygiène corporelle et alimentaire ordinaires.

S'ils ne peuvent demeurer en permanence auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié et doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

ARTICLE 96 - MAJEURS PROTEGES

Les majeurs protégés reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne, aux termes de l'article 415 -1 du Code Civil.

Personne de confiance

Tout majeur hospitalisé peut désigner une personne de confiance sauf le majeur protégé sous tutelle. En l'absence de décision du magistrat, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs assure les missions de la personne de confiance.

La personne de confiance :

- Accompagne le patient dans ses démarches d'ordre médical et peut à ce titre, assister aux entretiens médicaux ainsi qu'aux examens, si le patient le lui demande. Le but est de pouvoir aider le patient dans sa prise de décision quant à sa santé.
- Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, est la première personne à être informée de l'état de santé de celui-ci. Dans les situations de limitation ou d'arrêt de traitement, la personne de confiance est obligatoirement consultée par l'équipe médicale. L'avis de la personne de confiance ne s'impose pas à l'équipe médicale.

Le service de soins ou d'hébergement s'assure auprès du mandataire judiciaire de l'existence d'une personne de confiance.

Gestion des biens

Les biens des incapables majeurs hospitalisés ou hébergés peuvent sur décision de justice être administrés en considération des intérêts du malade, par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Ce mandataire judiciaire à la protection des majeurs peut être un agent de l'hôpital choisi par le directeur parmi les personnels administratifs titulaires.

Il ne doit manier aucun fonds. Seul le régisseur de l'hôpital est habilité à percevoir les fonds du majeur protégé et à assurer le dépôt de biens ainsi placés en gérance.

Actes touchant à l'intégrité corporelle ou à l'intimité de la vie privée

Hors les cas d'urgence, la loi pose le principe de l'obligation de laisser le majeur protégé quelle que soit sa mesure de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, mandat de protection future) prendre seul les décisions touchant à sa personne et impose le recueil a priori du consentement de la personne protégée soit par le médecin qui rend compte au mandataire judiciaire à la protection des majeurs, soit directement par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Si le majeur protégé ne peut prendre une décision éclairée, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs doit être interrogé afin de préciser au médecin si le régime de protection englobe la protection

de la personne, et le cas échéant, si le tuteur ou le curateur représente ou assiste le majeur protégé dans les actes touchant à sa personne.

Si le juge n'a pas pris de décision encadrant spécifiquement la protection de la personne comme décrit ci-dessus, en curatelle, le majeur protégé décide seul.

En tutelle, le majeur peut décider seul ou avec le concours de son mandataire.

Le majeur protégé et ses relations et /ou visites :

Le majeur protégé entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non.

La suppression ou la limitation des relations avec les proches peut être décidée pour le bien-être et /ou la sérénité du majeur protégé. Dans ce cas, une justification médicale est nécessaire.

Obligation d'information du majeur protégé

Le majeur protégé reçoit du mandataire judiciaire à la protection des majeurs, selon des modalités adaptées à son état et sans préjudice des informations que les tiers sont tenus de lui dispenser en vertu de la loi, toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets, et les conséquences d'un refus.

Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs vérifie que le majeur protégé a été destinataire du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement de l'établissement.

Prise en charge individualisée, Participation du majeur protégé

Le majeur protégé participe à l'élaboration de son document de prise en charge globale de protection personnalisée, son budget prévisionnel établi par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Si son état de santé ne lui permet pas d'en mesurer la portée, il peut être élaboré en présence d'un parent, d'un allié ou d'une personne de son entourage.

Si ce document ne peut être élaboré, le médecin traitant en attestera. Le majeur protégé peut participer seul, s'il le souhaite, au conseil de la vie sociale de l'établissement dans lequel il est hébergé.

ARTICLE 97 - ADMISSION DES PATIENTS ETRANGERS

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient étranger non-résident en France est de droit quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors cas d'urgence, l'admission d'un patient étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation.

ARTICLE 98 - ADMISSION DES PATIENTS TOXICOMANES

Les patients toxicomanes qui se présentent spontanément afin d'être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de leur 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, durée et objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes que l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire a enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, s'effectuent selon les conditions prévues par les articles L 3413 – 1 à L 3413 - 3 du Code de la Santé Publique.

Sous-section 3 : Les régimes d'hospitalisation et les frais de séjour

ARTICLE 99 - REGIMES D'HOSPITALISATION

Le régime commun et le régime particulier sont appliqués aux HBT.

Lorsque le patient fait la demande d'une chambre particulière, il lui est demandé de remplir un engagement à payer.

Soit le patient présente une attestation d'assurance complémentaire qui couvre cette prestation, soit il verse un acompte correspondant à deux journées de chambre particulière ; le solde étant réglé au départ du patient.

Il existe six types de dérogations au paiement d'un supplément pour le régime particulier :

- L'état du patient nécessite l'isolement septique en chambre individuelle. C'est une raison médicale.
- La chambre individuelle représente la seule place disponible dans l'unité de soins. Cette attribution est provisoire et le régime commun envisagé dès libération d'une place.
- Dans le cas d'un enfant.
- L'état agité du patient nécessite son isolement pour le confort des autres patients.
- Le patient est en fin de vie.
- L'intervention lourde pratiquée sur le patient nécessite son isolement.

ARTICLE 100 - LES FRAIS DE SEJOUR

-LE PRINCIPE DU PAIEMENT

Le principe est que les prestations fournies par le service public hospitalier sont payantes.

Toute journée d'hospitalisation est facturable ; elle doit être payée par le malade ou par un tiers payeur.

- LES TARIFS DES PRESTATIONS

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Ils sont fixés chaque année par arrêté de l'ARS.

-LE FORFAIT JOURNALIER

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté ministériel et représente une contribution forfaitaire du malade aux prestations hôtelières assurées par l'établissement.

Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours 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 malade soit informé de ces règles.

Il doit être réglé obligatoirement à la sortie.

■ LE PAIEMENT DES FRAIS DE SEJOUR ET PROVISIONS

Dans le cas où les frais de séjour, les frais de consultations ou d'actes ou d'hospitalisation des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge, soit par un organisme d'assurance maladie, soit par le ministre chargé des anciens combattants et victimes de guerre ou par tout autre organisme public, les intéressés ou, à défaut, leurs débiteurs ou les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de l'entrée du malade dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour, des frais de consultations, d'actes, ou d'un tarif moyen prévisionnel du séjour arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsque la provision versée est supérieure aux montants dus, la différence est restituée à la personne qui a versé la provision.

Pour entrer en France, tout étranger doit être muni :

1° Des documents et visas exigés par les conventions internationales et les règlements en vigueur ;

2° Sous réserve des conventions internationales, du justificatif d'hébergement prévu à l'article L. 211-3, s'il est requis, et des autres documents prévus par décret en Conseil d'Etat relatifs, d'une part, à l'objet et aux conditions de son séjour et, d'autre part, s'il y a lieu, à ses moyens d'existence, à la prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, résultant de soins qu'il pourrait engager en France, ainsi qu'aux garanties de son rapatriement. Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les malades 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 ou organismes sociaux de leur pays d'origine, et accepté par l'établissement.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la Direction des Finances Publiques Sète Municipale exerce des poursuites contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

■ PRESTATIONS FOURNIES AUX ACCOMPAGNANTS

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le Directeur de l'Etablissement. Cependant, la mise à disposition d'un lit accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans (notamment en chambre mère-enfant) ou un mourant.

SECTION 2 : ADMISSIONS EN SECTEUR SANTE MENTALE ET EN EHPAD

Sous-section 1 : Les modalités d'admission en secteur Santé Mentale

ARTICLE 101 - LA PSYCHIATRIE

** Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*

Les modes d'admissions et de sortie en psychiatrie :

• Hospitalisation libre (HL)

Les conditions d'hospitalisation et de sortie sont identiques à celles de tout patient hospitalisé et ce, quel que soit le motif d'admission.

La sortie est décidée d'un commun accord, entre le patient et son médecin.

• Soins psychiatriques sans consentement du patient

Ces soins sont exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie, chargés d'assurer cette mission, et selon plusieurs modes d'admission :

- Soins sur décision du directeur d'établissement de santé (SDDE) :
 - soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU).
 - soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI),
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

• Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent (SDT ou SPI)

Trois conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux ;
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ;
- La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Le « tiers » est toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient :

- Un membre de sa famille ou de son entourage ;
- Une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins (lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient), à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.

Lorsqu'il remplit les conditions ci-dessus, le tuteur ou le curateur du majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci. Les formalités d'admission exigent :

- Une demande d'admission manuscrite présentée par un tiers, datée et signée par la personne qui la formule et accompagnée d'une copie de sa carte d'identité. Elle comporte nom, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour, de la personne qui demande les soins et de celle dont les soins sont demandés. Elle détaille la nature des relations qui existent entre elles et, s'il y a lieu, leur degré de parenté.

- Deux certificats médicaux, datant de moins de 15 jours, attestant que :
 - Les troubles rendent impossible le consentement de la personne ;
 - Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante (hospitalisation complète) ou régulière (soins ambulatoires ou hospitalisation partielle).

Les deux certificats doivent être concordants et circonstanciés.

Les médecins établissant les certificats ne doivent être ni parents ni alliés entre eux, ni avec le directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni avec le tiers demandeur, ni avec le patient ;

Le 1^{er} certificat doit être établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil ;

Le 2nd certificat doit être établi par un autre médecin, qui peut exercer dans l'établissement d'accueil, sans être nécessairement psychiatre. Le médecin qui établit le 2^d certificat n'est en rien lié par les constatations et conclusions du premier médecin.

Après un examen médical, il rédige son certificat en toute indépendance.

Si les deux certificats médicaux n'aboutissent pas aux mêmes conclusions, le directeur ne peut pas prononcer l'admission.

Exceptionnellement, en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, et uniquement dans ce cas, le directeur de l'établissement peut prononcer à la demande d'un tiers l'admission au vu **d'un seul certificat médical** émanant, le cas échéant, d'un médecin de l'établissement d'accueil.

Le certificat doit indiquer l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient. La demande d'un tiers reste indispensable.

Dans ce cas, le 2^d certificat médical établi 24h après l'admission doit être établi par un psychiatre distinct.

En cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers à la date d'admission, le directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques.

Le certificat est établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement accueillant et doit indiquer les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins.

Le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de 24h sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins, ou la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

• Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

Quatre conditions doivent être réunies :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ;
- la nécessité de soins ;
- l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical (dans la pratique, attesté souvent par un certificat médical), le maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires.

Il en réfère dans les 24h au préfet, qui statue sans délai et établit, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation à la demande du représentant de l'Etat (Code de la santé publique art. L. 3213-2).

Le directeur informe sans délai le préfet et la commission départementale des soins psychiatriques de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques sans son consentement.

• Période initiale d'observation et de soins

La personne admise en soins psychiatriques sans son consentement fait l'objet d'une période initiale d'observation et de soins sous la forme d'une hospitalisation complète sans consentement. Son avis et son consentement doivent être recherchés afin de l'associer aux soins qui lui sont prodigués.

Dans les 24h suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet. Puis, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement au regard des conditions d'admission.

Dans les 72h suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi par le psychiatre de l'établissement d'accueil (en cas d'urgence ou de péril imminent, le psychiatre est différent de celui qui a établi le certificat médical de 24h).

A l'issue des 72h, plusieurs options possibles :

La poursuite des soins psychiatriques sans consentement, si les 2 certificats concluent à leur maintien. Un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé le type de prise en charge : programme de soins incluant des soins ambulatoires ou hospitalisation complète.

- la fin des soins psychiatriques sans consentement (levée de la mesure de contrainte), si un des certificats (24h ou 72h) conclut que ces soins ne sont plus justifiés. Des soins avec consentement (ambulatoires ou hospitalisation) peuvent se mettre en place si les 2 certificats les justifient.

A tout moment de la prise en charge, la contrainte de soins peut être levée.

• Programme de soins

C'est un document écrit qui définit toutes les prises en charge hors hospitalisation complète. Il est établi et modifié par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne en soins psychiatriques sans son consentement. Ce programme indique les modalités de prise en charge :

- Hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de semaine) ;
- Soins ambulatoires (CMP, CATTP) ;
- Soins à domicile ;
- Traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

Il précise, s'il y a lieu :

- La forme de l'hospitalisation partielle ;
- La fréquence des consultations, des visites ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible ;
- La durée des soins.

Il mentionne tous les lieux de ces prises en charge. L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations.

Chaque fois que nécessaire, le psychiatre informe le patient de :

- Sa situation juridique ;
- Ses droits ;
- Ses voies de recours et ses garanties.

Il lui indique que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé, qu'il peut proposer son hospitalisation complète, notamment en cas d'inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est notée sur le programme de soins et le dossier médical du patient.

- Sorties accompagnées de courte durée (au maximum 12h)

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes en hospitalisation complète sans consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement n'excédant pas 12h. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement et/ou un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée, pendant toute la durée de la sortie.

Pour les patients en hospitalisation complète SDDE : l'autorisation est accordée par le directeur après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Pour les patients en hospitalisation complète SDRE : le préfet est informé 48h avant la sortie accompagnée, sauf son opposition, la sortie a lieu.

Sous-section 2 : Les modalités d'admission en USLD et EHPAD

ARTICLE 102 - CONDITIONS ET DECISIONS D'ADMISSIONS

Dispositions particulières aux unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

- Libre choix de la personne

La personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne.

L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Préalablement à son admission, le patient doit être, ainsi que sa famille, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance
- le montant des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge éventuelle par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

Nul ne peut être admis au sein d'une unité de soins de longue durée sans une information et un dialogue préalable, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

- Modalités de l'admission

L'établissement remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la Charte de la personne hospitalisée ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et un document individuel de prise en charge.

Le document individuel de prise en charge, établi entre la personne et les HBT, précise leurs obligations respectives, à savoir notamment les prestations mises en œuvre, les conditions d'accueil et de séjour, et les conditions de participation financière.

Ce document est signé par le directeur des HBT ou son représentant et par la personne admise ou son représentant.

- Accueil

L'accueil du patient est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. L'établissement veille à ce que le patient reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

- Frais de séjour

Les frais de séjour se décomposent en trois éléments distincts :

- le forfait « soins », qui correspond à la tarification des soins médicaux et paramédicaux dispensés ;
- le tarif « dépendance », qui correspond à la tarification des frais liés à la dépendance ;
- le tarif « hébergement », qui correspond à la tarification des prestations hôtelières fournies.

Le montant du forfait « soins » est fixé par arrêté ministériel. Il est intégralement pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, sous réserve de l'ouverture des droits du résident.

Le montant du tarif « dépendance » est fixé par le président du Conseil Général de l'Hérault.

Le montant du tarif « hébergement » est fixé par le président du Conseil Général de l'Hérault. Il est pris en charge selon deux modalités :

- l'admission à titre payant ; il appartient alors au patient ou à son garant de régler tous les mois, au Trésor Public, l'intégralité des sommes facturées ;

- l'admission au titre de l'aide sociale aux personnes âgées ; en règle générale, cette admission est limitée dans le temps, les décisions de prise en charge étant périodiquement révisées. Le service social des Hôpitaux du Bassin de Thau doit veiller à leur renouvellement.

La provision prévue en matière d'hébergement

La circulaire ministérielle n°90-48 du 10 août 1990 prévoit que la contribution du patient hébergé dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes doit être perçue par ledit établissement à compter du premier jour de présence donnant lieu à une facturation au titre de l'admission à l'aide sociale aux personnes âgées.

Cependant, la décision de la Commission d'Aide sociale n'intervenant parfois que quelques mois après le premier jour de présence dans l'établissement, il a été prévu par ladite circulaire le versement d'une provision. Cette provision devant être versée pendant la période allant de l'entrée dans l'établissement à la date de décision de la Commission d'Aide sociale.

Ainsi, lors de son entrée dans l'établissement, l'hébergé qui a demandé à bénéficier de l'aide sociale est invité par le Directeur, à signer une déclaration par laquelle il s'engage à payer une provision tous les mois à terme échu ou selon une périodicité correspondant à celle du versement de ses revenus. Cette déclaration doit également mentionner le montant de ses revenus.

Le Directeur de l'établissement détermine alors le montant de cette provision sur la base des revenus déclarés de la personne hébergée.

Le calcul se fait selon les mêmes règles que la contribution des personnes prises en charge au titre de l'aide sociale (cf. article L.132-3 du Code de l'Aide Sociale et de la Famille ainsi que la Charte du Conseil général concerné).

Le comptable public est ensuite informé du montant à encaisser ainsi que de la périodicité du versement.

La personne hébergée gère librement son patrimoine durant cette période transitoire et doit s'acquitter elle-même de la provision calculée par le Directeur de l'Etablissement ».

- Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement

Les patients ou leur famille doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'une notice d'information qu'ils complètent et signent.

Cette notice doit préciser de façon claire :

- les conditions financières de prise en charge et notamment le fait que le tarif « hébergement » est toujours à la charge du patient, de sa famille ou de l'aide sociale : ce tarif n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie ;
- les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence du patient (pour une hospitalisation en court séjour ou pour des vacances),
- les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

○ Respect des personnes

La dignité, l'intimité et la vie privée du patient doivent être strictement respectées.

Le patient a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

○ **Projet de soins et projet de vie**

La direction, les médecins, les soignants et le service social mettent en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en compte de l'état global du patient, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être.

L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels du patient et notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hospitalisation et favoriser les liens du patient avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des patients et de leur vie sociale au sein de l'établissement est un élément essentiel dans leur prise en charge. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines.

Toutes les initiatives au sein de l'établissement tendant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des patients, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures aux HBT. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et de venir.

- Ces initiatives sont coordonnées par l'établissement et s'articulent avec le projet de soins. Elles doivent être évaluées régulièrement.

- L'établissement organise des rencontres régulières entre les patients, les soignants et les différents intervenants du projet de vie.

○ **Relations avec les familles**

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein de l'établissement doit être encouragée et facilitée. L'équipe hospitalière doit veiller à ce que les proches ou les visiteurs ne se sentent pas rejetés de l'unité de soins, ni des activités d'animation auxquelles ils peuvent être invités à participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du patient.

○ **Participation des patients à la vie de l'établissement**

Les HBT mettent en place, pour faciliter l'expression et la participation des personnes accueillies, des rencontres régulières avec les personnes accueillies en unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec leurs familles.

○ **Protection des personnes vulnérables**

L'établissement est garant de la protection du patient en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

○ **Liberté des patients et règles de vie**

Pendant leur séjour, les résidents doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective.

Ils doivent, dans l'intérêt général, respecter certains horaires définis pour l'unité de soins. Ils doivent également respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur de l'établissement.

○ **Sommes d'argent conservées par les patients**

L'argent du résident est sa propriété personnelle et exclusive. La souplesse qui lui est laissée dans sa gestion constitue un aspect important de sa liberté et de son autonomie.

Ces dispositions sont portées à la connaissance de la personne âgée ainsi qu'à celle de ses proches.

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

○ **Domicile**

Sous réserve des nécessités de service, le patient ou résident a le droit de se dire chez lui dans l'enceinte de sa chambre et d'être protégé contre toute atteinte à l'intimité de sa vie privée.

Hors le cas de la mise sous tutelle, le patient admis à titre définitif peut obtenir sa domiciliation dans l'établissement.

Les patients séjournant à titre définitif au sein de l'établissement sont tenus de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat doit être remise au service des admissions des HBT.

○ **Personnalisation des chambres**

Le directeur peut autoriser les patients ou résidents qui bénéficient d'une chambre individuelle à apporter des objets personnels.

Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie.

Les patients peuvent notamment conserver leur poste de télévision personnel lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dégâts qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion.

○ **Interruption temporaire de séjour**

Sur avis médical favorable, des autorisations de sortie de courte durée peuvent être accordées aux patients, dans les conditions prévues par le Règlement Départemental d'Action Sociale. Ils peuvent également bénéficier de 35 jours de sortie. Pendant ces périodes, ni le forfait « soins » ni le tarif « dépendance » ne sont facturables, dès lors que la sortie dépasse 24 heures. À leur retour, les patients doivent retrouver leur chambre au sein de l'établissement.

○ **Hospitalisation en court séjour**

Dans l'hypothèse où le patient doit être hospitalisé dans une autre structure sanitaire, un lit est gardé à sa disposition au sein de l'établissement où il était jusqu'alors pris en charge, sauf s'il manifeste de lui-même l'intention de quitter définitivement l'EHPAD ou l'unité de soins de longue durée.

La durée pendant laquelle le lit est gardé à disposition au sein de l'établissement est de 30 jours pour les patients « payants ».

Pendant cette absence :

- le tarif « dépendance » ne donne plus lieu à facturation, mais le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie est maintenu pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation ;
- le tarif « hébergement » continue d'être facturé, déduction faite de la part due au titre de l'hospitalisation (forfait journalier).

○ **Sortie par mesure disciplinaire**

Les patients ou résidents qui refuseraient d'observer les prescriptions du règlement intérieur ou dont la conduite serait une cause de désordre permanent pourront, après en avoir été avertis par le directeur, soit être changés d'unités médicales, soit être transférés dans un autre établissement des HBT, soit être exclus après avis du Conseil de vie Sociale.

○Sortie volontaire

Sauf en cas de nécessité médicale, les patients peuvent quitter l'établissement à tout moment, sur leur demande.

La sortie contre avis médical est effectuée dans le cadre des procédures règlementaires.

ARTICLE 103 - LE CONTRAT DE SEJOUR

Un contrat de séjour est conclu entre chaque résident (ou son représentant légal) et l'établissement dès lors que le séjour continu ou discontinu est supérieur à 2 mois.

Lorsque le résident refuse la signature de ce contrat ou dans le cas d'un séjour inférieur à deux mois, il est procédé à l'établissement d'un document individuel de prise en charge.

Ces documents détaillent la liste et la nature des prestations offertes par l'établissement ainsi que leur coût.

Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge est établi lors de l'admission et remis à chaque résident (ou son représentant légal) au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'admission. Le contrat doit être signé dans le mois suivant l'admission.

○Contenu du contrat de séjour et du document individuel :

Le contrat de séjour doit préciser :

- la définition avec le résident (ou son représentant légal) des objectifs de la prise en charge,
- la description des conditions de séjour et d'accueil,
- la participation financière, y compris en cas d'absence du résident ou d'hospitalisation,
- la liste des prestations offertes (logement, restauration, blanchissage, surveillance médicale, animations, ...).

Le document individuel de prise en charge doit comporter l'ensemble des informations décrites ci-dessus, excepté celles concernant le descriptif sur les conditions de séjour et d'accueil qu'il peut ne pas mentionner.

SECTION 3 : SORTIE

Sous-section 1 : Dispositions générales

ARTICLE 104 - FORMALITES DE SORTIE

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition médicale. Le directeur ou son délégué signe les formalités de sortie.

Le patient sortant est tenu de se présenter, avant sa sortie, au bureau des entrées afin de régulariser sa situation administrative.

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

Tout patient sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Le patient sort en possession de tous les éléments qui lui permettront de bénéficier d'une continuité de soins.

ARTICLE 105 - AUTORISATION DE SORTIE

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

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur. Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

ARTICLE 106 - SORTIE DES PATIENTS MINEURS

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, confiés qu'à leur père, mère, tuteur ou garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la sortie prochaine du mineur et doivent se présenter à l'hôpital pour venir le chercher.

Sous réserve qu'il n'existe pas d'obstacle (contre-indication médicale, âge, heure tardive ...), le mineur peut sortir seul de l'Hôpital avec l'autorisation écrite des titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur peut également être confié à une personne expressément autorisée par les titulaires de l'autorité parentale, dans un mandat écrit et signé de leur part. Dans cette situation, l'équipe responsable du mineur doit demander à la personne venue chercher le mineur de produire tout justificatif à cette fin.

Les titulaires de l'autorité parentale ne sont pas informés de la sortie du mineur, dans la situation énoncée à l'article L1111-5 du code de la santé publique et dans l'hypothèse où le mineur se serait opposé à ce que leur consentement soit recueilli pour les actes et soins réalisés en cours d'hospitalisation.

Situation particulière : sortie en cours d'hospitalisation

Le mineur n'a pas la capacité de signer d'attestation s'il veut quitter l'établissement contre l'avis médical.

Cette demande ne peut être présentée que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant.

Elle signe l'autorisation précisant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Si cette sortie est de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le Directeur saisit le procureur de la république afin de provoquer les mesures d'assistance lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

ARTICLE 107 - SORTIE D'UN MILITAIRE

Elle est signalée au chef de corps ou à défaut à la gendarmerie.

ARTICLE 108 - SORTIE DES NOUVEAUX NES

Sous réserve des cas particuliers des prématurés, de nécessité médicale ou de cas de force majeure constatée par le médecin responsable, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

ARTICLE 109 - TRANSPORT EN AMBULANCE POUR SORTIE AU DOMICILE

Lors de sa sortie vers le domicile, lorsque l'état de santé du patient le nécessite, le médecin peut prescrire un transport en véhicule sanitaire ou non sanitaire, le plus économique.

Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport. L'établissement tient à la disposition des patients la liste des sociétés de transport sanitaires agréées dans le département. Si le patient n'exprime pas de choix, il est fait appel à la société d'ambulance qui a fait l'entrée du patient. A défaut, les HBT font appel aux entreprises d'ambulances définies dans le tour de rôle.

Le mode de transport (assis, couché....) est précisé par la prescription médicale qui pourra autoriser le patient à obtenir un remboursement des frais occasionnés.

Sous-section 2 : Dispositions particulières

ARTICLE 110 - SORTIE DISCIPLINAIRE

Tout patient admis aux HBT ne doit pas perturber le fonctionnement du service public hospitalier.

Dès lors, la sortie du patient peut, hors le cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée dans le cadre d'une mesure disciplinaire, par le directeur avec accord du médecin concerné.

ARTICLE 111 - SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

À l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées sous contrainte, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment les HBT.

Toutefois, si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, il doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables et l'informer des risques encourus à refuser ces derniers.

La procédure interne aux HBT (PEC HS /01/PRC/0008) est à mettre en œuvre dès lors que le patient maintient son souhait de quitter l'établissement. La traçabilité de cette situation est réalisée grâce au formulaire annexé à cette procédure et inséré au dossier patient.

ARTICLE 112 - SORTIE APRES REFUS DE SOINS

Le refus de soins peut aller jusqu'à une sortie contre avis médical, lorsque les patients n'acceptent aucun des traitements, interventions ou soins proposés.

Dans ce cas, la procédure précitée à l'article sortie contre avis médical s'applique.

ARTICLE 113 - SORTIE A L'INSU DU SERVICE – FUGUE

- Patient majeur :

Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant.

Si le médecin estime que cette sortie clandestine met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par la police.

Pour les patients sous tutelle, le tuteur est informé, de même de sa famille ou ses proches, le cas échéant.

Il est fait appel à la police ou à la gendarmerie, si les troubles présentés par le patient le mettent dans une situation de particulière vulnérabilité.

- Patient mineur :

Les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal sont immédiatement prévenus. La police ou la gendarmerie est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

SECTION 4 : MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DU PATIENT

ARTICLE 114 - CONSTAT DE DECES

Le décès est constaté par un médecin. Celui-ci établit un certificat de décès qu'il doit cacheter.

Le décès est inscrit sur un registre au bureau des entrées conformément à l'article 80 du Code Civil.

Le certificat de décès est transmis au service d'état civil relevant de la Mairie dans les 24 heures selon les modalités mises en place dans l'établissement et consignées dans une procédure spécifique.

ARTICLE 115 - NOTIFICATION DE DECES

Un membre de la famille ou la personne de confiance désignée par écrit par le patient doit être prévenu dès que possible et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de l'état du patient et de son décès.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale, au Directeur de ce service ;
- pour les mineurs relevant de dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur et à la personne gardienne du mineur ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

ARTICLE 116 - LES FORMALITES ADMINISTRATIVES RELATIVES AU DECES

Les documents renseignés à la suite d'un décès :

- le certificat médical,
- le certificat spécifique vert si décès néonatal,
- l'annonce du décès à la famille,
- le certificat médical de non opposition à l'inhumation ou à l'incinération,
- le certificat de non opposition aux soins de conservation du corps,
- le certificat médical de non opposition au transport de corps avant mise en bière couplé avec l'accord du directeur pour un transport de corps vers une chambre mortuaire des HBT,
- la déclaration administrative de décès,
- la demande de transfert du corps sans mise en bière formulée par un membre de la famille,
- l'absence d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse,
- l'autorisation de sortie de corps du directeur couplé avec le certificat médical de non opposition au transport de corps avant mise en bière.

Pour chacune des situations spécifiques, il existe une procédure dont les modalités sont portées à la connaissance des professionnels des HBT.

La famille choisit les opérateurs funéraires pour les funérailles et /ou les véhicules agréés pour le transport de corps sans mise en bière. La liste préfectorale est disponible à la chambre mortuaire, ainsi que les coordonnées des différents services religieux locaux.

ARTICLE 117 - DECLARATION D'ENFANT SANS VIE

En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable, l'officier d'état civil établit un acte d'enfant sans vie.

Dans ce cas, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La commune garde la faculté d'aider financièrement les familles en difficultés.

En cas d'absence de prise en charge par la famille, le corps est :

- soit inhumé si l'établissement de santé, en accord avec la commune, a pris des dispositions spécifiques dans ce sens ;
- soit incinéré.

Les HBT prennent en charge les frais d'obsèques pour les familles qui le souhaitent et ne peuvent pas s'en charger.

L'établissement est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps. Lorsque dans un délai de dix jours maximum suivant le décès le corps n'a pas été réclamé par la famille, l'établissement fait procéder à son inhumation ou crémation conformément aux dispositions ci-dessus.

Lorsqu'une nécropsie est réalisée celle-ci se déroule avant la déclaration de décès et avec une autorisation écrite et signée par les parents.

ARTICLE 118 - INDICES DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE

Dans le cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur, prévenu par le médecin, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

ARTICLE 119 - TOILETTE MORTUAIRE

Après le décès médicalement constaté, le personnel doit veiller au respect des croyances et vœux de la personne décédée avant de procéder à la toilette mortuaire.

Il est procédé à la toilette et à l'habillage de défunt suivant les indications données par le patient de son vivant ou formulées par la famille.

ARTICLE 120 - INVENTAIRE APRES DECES

Aucun des biens déposables ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droits du patient ou à son entourage. Un inventaire est réalisé, ainsi qu'un dépôt, selon la procédure en vigueur dans l'établissement. En cas de non observation de cette procédure, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'établissement.

Une procédure spécifique à l'alliance est en place.

ARTICLE 121 - ACCES A LA CHAMBRE MORTUAIRE ET FONCTIONNEMENT

En règle générale après un délai de trois heures minimum après le décès, le défunt est transporté jusqu'à la chambre mortuaire de l'établissement.

Le fonctionnement de la chambre mortuaire est régi par un règlement intérieur. Les familles peuvent faire le choix de laisser le corps à la chambre mortuaire hospitalière le temps pour elles d'organiser les funérailles.

Seuls les sites de Sète et de Marseillan disposent d'une chambre mortuaire afin que les familles puissent exprimer leur choix, accomplir les formalités et organiser les funérailles.

Le transport doit être réalisé par un transporteur agréé et conventionné avec les Hôpitaux du Bassin de Thau.

Un transport de corps secondaire à l'admission en chambre mortuaire est possible.

La demande sera exprimée auprès du Maire de la commune où a été transféré le corps du défunt.

Sur les sites d'Agde et des Pergolines et en raison de l'absence de chambre mortuaire, les corps des personnes décédées doivent être transférés de la chambre hospitalière vers le lieu de destination dans un délai maximal de 10 heures, sous réserve de l'accomplissement des formalités de décès et de l'autorisation de transport de corps avant mise en bière par le directeur, si la destination est la chambre mortuaire d'un des sites hospitalier (Sète et Marseillan).

ARTICLE 122 - TRANSPORT DE CORPS A RESIDENCE SANS MISE EN BIERE

Le transport de corps est effectué sur présentation d'un pouvoir donné par la famille à l'opérateur funéraire.

Si le domicile se situe hors de la commune où le décès a eu lieu, la présence d'un officier de police judiciaire n'est plus requise.

Le transport doit être effectué dans un véhicule habilité.

Le délai maximum est de 48 h à compter du décès.

ARTICLE 123 - TRANSFERT DE CORPS VERS UNE CHAMBRE FUNERAIRE AVANT MISE EN BIERE

- le transport de corps est effectué sur présentation d'une autorisation de la famille, pouvoir donné à l'opérateur funéraire de leur choix.
- le transport doit être effectué dans un véhicule habilité.
- le délai maximum est de 48 h après le décès.

ARTICLE 124 - TRANSFERT DE CORPS APRES MISE EN BIERE

Le permis d'inhumer ou d'incinérer est délivré par la mairie. Les Pompes funèbres désignées gèrent la mise en bière et la levée de corps.

CHAPITRE V : Les droits du patient et devoirs de l'usager

SECTION 1 : REPRESENTATION ET PARTICIPATION DES USAGERS

ARTICLE 125 - COMMISSION DES RELATIONS DES USAGERS ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

La CRUQPC a pour mission de contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge et de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches. Par ses propositions, elle intervient dans l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'établissement.

L'ensemble des plaintes et réclamation, dont les modalités de traitement sont évoquées à l'article 151 est porté à la connaissance de la CRUQPC.

Présidée par le Directeur d'Etablissement, ou son représentant, elle est composée de façon étendue et comprend :

- Un Médiateur médecin et son suppléant désignés, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins y exerçant ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans ;
- Un Médiateur non médecin et son suppléant désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du Code de la Santé Publique.
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques et son suppléant, désignés par le Directeur des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2 ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du Comité Technique d'Etablissement en son sein ;
- Un représentant du Conseil De Surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.
- Le responsable de la politique qualité, ou son représentant, assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

Elle dispose de son propre règlement intérieur.

ARTICLE 126 - LE CONSEIL DE VIE SOCIALE

Un conseil de la vie sociale (CVS) est créé dans chaque structure d'hébergement de personnes âgées (EHPAD et USLD).

• Compétences et attributions du conseil de la vie sociale

Le CVS est doté d'un rôle consultatif.

Il rend des avis, fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement, notamment sur :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques,
- les projets de travaux et d'équipements, les relogements prévus en cas de travaux,
- la nature et le prix des services rendus,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les modifications importantes touchant aux conditions de prise en charge.

• Composition du Conseil de Vie Sociale

Compte tenu que l'établissement dispose de 4 EHPAD et 2 USLD et afin de préserver l'implication des résidents, de leurs familles et des professionnels dans l'amélioration des pratiques et des fonctionnements de chaque structure, les HBT ont choisi de ne pas procéder à une élection mais d'inviter l'ensemble des résidents, des familles et des professionnels au conseil de la vie sociale (CVS).

Aussi est créé dans chaque structure un CVS particulier. Chaque CVS comprend l'ensemble des résidents, de leurs familles et du personnel (voix délibératives). Participent avec voix consultative à chaque CVS le représentant du Directeur des HBT et un représentant de la commune d'implantation.

Chaque CVS élit un président qui participe aux commissions communes aux différents EHPAD et USLD des H B T (commission des menus,...).

• Règles de fonctionnement

Organisation des réunions

Le conseil de la vie sociale se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président ou de plein droit à la demande des deux tiers de ses membres ou de la personne gestionnaire (Hôpitaux du Bassin de Thau).

La convocation est adressée au moins huit jours avant la séance, accompagnée, le cas échéant, des informations ou de documents nécessaires à sa préparation.

Délibérations et avis

Le conseil délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des résidents, des familles et des représentants légaux présents est supérieur à la moitié des membres. Dans le cas contraire, l'examen de la question est renvoyé à une séance ultérieure.

Chaque CVS décide de son règlement intérieur.

SECTION 2 : CONDITIONS DE SEJOUR, DROITS, LIBERTES ET DEVOIR DES PATIENTS ET USAGERS

Sous-section 1 : Enoncés des droits, libertés et devoirs des patients et des usagers

ARTICLE 127 - LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

La charte de la personne hospitalisée est affichée dans l'ensemble des unités de soins. Son contenu est également repris dans le livret d'accueil de l'établissement.

L'objectif de la charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels, tels qu'affirmés par les lois, notamment la [loi du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le document intégral de la charte est délivré, gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil.

ARTICLE 128 - LE LIVRET D'ACCUEIL

Un livret d'accueil contenant des informations liées aux conditions de séjour et à l'organisation de l'hôpital est systématiquement remis à tout patient hospitalisé.

Ce livret précise les devoirs incombant aux usagers du service public hospitalier.

Le personnel hospitalier s'assure que le livret d'accueil est accessible pour chaque patient.

ARTICLE 129 - LE SITE INTERNET

Un site internet (www.ch-bassindethau.fr) offre notamment une source d'information sur les professionnels, les sites, les unités de soins, et activités de l'établissement.

ARTICLE 130 - L'ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPEES

Les HBT mettent tout en œuvre afin de faciliter l'accès aux services de l'établissement, des personnes handicapées ou à mobilité réduite. Leurs déplacements sont favorisés par des équipements et des locaux adaptés et par un accompagnement si nécessaire.

ARTICLE 131 - INFORMATION DU PATIENT

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et sur les différentes investigations, traitements ou actes de prévention qui sont lui sont proposés.

Dans le cadre de la réflexion bénéfice risque, qui doit être retranscrite dans le dossier patient, le médecin expose au patient l'utilité des investigations, traitements ou actes de prévention qu'il propose. Il précise le niveau d'urgence éventuelle, les conséquences, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Le patient est également informé des éventuelles alternatives possibles et des conséquences prévisibles en cas de refus.

Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence.

La volonté d'un patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque les tiers sont exposés à un risque de transmission d'une maladie.

ARTICLE 132 - L'INFORMATION DE LA FAMILLE

Outre les aspects relatifs à l'information du patient développés dans les chartes, lors d'une admission en urgence, toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille soit prévenue.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation. En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose.

Les modalités de rencontre avec le médecin pour les familles doivent être portées à la connaissance de celles-ci.

ARTICLE 133 - L'INFORMATION AU MEDECIN TRAITANT

Le patient ou sa famille peuvent désigner un médecin qui sera informé de l'hospitalisation.

En même temps, les HBT invitent le médecin désigné à prendre contact avec le service hospitalier et à fournir tous les renseignements utiles à la prise en charge.

Le médecin est incité et à manifester son souhait d'être informé de l'évolution de l'état de santé du patient. Ce médecin doit formuler par écrit la demande visant à recevoir toutes pièces du dossier médical.

A cette condition, les pièces médicales sont communiquées au médecin, par le chef de service. Le patient doit toutefois donner son accord pour cette transmission.

ARTICLE 134 - LE CONSENTEMENT

Hormis dans les cas prévus par la réglementation, aucun acte de traitement, d'investigation ou de soins ne peut être réalisé sans que le patient en ait préalablement été informé et que son consentement libre et éclairé ait été recueilli.

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du patient, ou lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement éclairé de ce dernier, les médecins dispensent les soins qu'ils estiment nécessaires.

ARTICLE 135 - REFUS DE SOINS

Divers motifs peuvent conduire un patient conscient à refuser des soins. Dans ce cas, et conformément à la procédure PEC HS /01/PRC/ 0009, tout doit être mis en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables. Le patient reçoit également une information sur les risques encourus s'il persiste à refuser les soins.

Dans certaines situations, le refus de soins peut conduire à une demande de quitter l'établissement contre avis médical (cf. procédure PEC HS /01/PRC/ 0008).

ARTICLE 136 - ACCES AUX ELEMENTS D'INFORMATION MEDICALE CONTENUS DANS LE DOSSIER PATIENT

Comme cela ressort des dispositions du livret d'accueil, le patient ou ses ayants-droits, accèdent, directement et dans certaines conditions, aux éléments du dossier médical.

ARTICLE 137 - LE COURRIER

La possibilité de déposer du courrier est offerte aux patients hospitalisés. Une boîte aux lettres est disposée dans le hall.

ARTICLE 138 - LES DROITS CIVIQUES

Conformément aux dispositions du Code Electoral, les patients hospitalisés peuvent exercer leur droit de vote, par procuration, au sein de l'hôpital.

Ceci n'est envisageable que lorsque l'état de santé ou les conditions physiques du patient le placent dans l'impossibilité de se rendre à un bureau de vote le jour d'un scrutin.

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 mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

ARTICLE 139 - LE DROIT AU CULTE

En application du principe de liberté religieuse, les patients hospitalisés doivent pouvoir exercer le culte de leur choix.

Les coordonnées des différents représentants des cultes sont à disposition auprès du standard des HBT et sont affichées dans les locaux de la chambre mortuaire.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent également rendre visite aux patients hospitalisés qui en ont exprimé le désir, auprès de l'équipe soignante.

Les rites funéraires des différents cultes sont réalisés à la demande des familles, dans la salle de préparation des corps de la chambre mortuaire.

ARTICLE 140 - LES ANIMAUX DOMESTIQUES

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte de l'établissement, sauf besoin de service et autorisation spéciale. Cependant, cette interdiction ne fait pas obstacle à ce que les chiens accompagnant des personnes titulaires de la carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein de l'établissement.

ARTICLE 141 - LE DROIT AU SECRET DE L'HOSPITALISATION

Les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein des HBT 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, agents d'accueil...) en sont avisés.

Ces dispositions peuvent s'appliquer pour les mineurs dans la mesure où ceux-ci s'opposent à ce que le consentement de leurs représentants légaux soit recherché.

ARTICLE 142 - LE DROIT A L'ANONYMAT

Il concerne les femmes enceintes et les toxicomanes qui souhaitent être enregistrés sous X.

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

Le cadre Sage-femme ou un membre du service social, à défaut, la sage-femme de garde, transmet à la personne les documents d'information établis par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles, puis informe au plus tôt le service départemental de l'aide sociale à l'enfance de cette admission.

Les femmes désirant accoucher dans le secret sont ainsi informées des possibilités prévues par la loi, des modalités d'accueil de l'enfant, et des recours possibles.

Il est rappelé l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, et que l'enfant peut engager un jour des démarches dans ce sens. La mère peut demander expressément le secret, le personnel va l'inciter à laisser des renseignements sur les circonstances qui l'ont amenée à prendre cette décision. Elle a alors la possibilité de laisser son identité sous pli fermé, uniquement si elle le désire.

Une fois le procès-verbal de recueil d'un enfant en vue de son adoption signé, le bébé est pris en charge par le service de pédiatrie, et la mère n'a plus aucun contact avec lui. Un délai de deux mois lui est alors accordé pour se rétracter.

Dès que la sortie médicale est prononcée, l'assistante maternelle qui prendra en charge l'enfant jusqu'à son adoption vient chercher le nouveau-né.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance.

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.

ARTICLE 143 - LA PRISE EN CHARGE D'UNE MALADIE EN PHASE EVOLUEE OU TERMINALE

L'unité Mobile de Soutien et de Soins Palliatifs (UMSSP) a vocation à intervenir au sein des HBT et à travailler en réseau avec la ville. Elle s'inscrit dans le cadre de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et de la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008.

L'UMSSP remplit quatre missions :

- le soutien en soins ;
- la formation ;
- la recherche ;
- le travail en réseau.

Elle se déplace comme consultante pour évaluer les difficultés inhérentes à la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie en phase évoluée ou terminale, aussi bien dans le domaine médical et infirmier que psychologique, social ou en encore en kinésithérapie.

Elle tend à répondre aux droits et besoins des patients tel que définis dans la charte des soins palliatifs et dans la loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Un règlement intérieur précise les modalités de fonctionnement de cette unité.

Un bilan d'activité est transmis annuellement à l'Agence Régionale de Santé.

Sous-section 2 : Les visites et interventions de personnes extérieures à l'établissement auprès des patients hospitalisés

ARTICLE 145 - LES VISITES

Les visites aux hospitalisés ont lieu, sauf exception, entre 12H00 et 20H00. Dans les services de soins intensifs et de réanimation, les visiteurs doivent se renseigner sur les horaires de visites spécifiques.

Lorsque l'état du patient le justifie ou dans le cas d'un enfant de moins de 15 ans, la présence d'un accompagnant est autorisée hors des heures de visite. L'attention de l'accompagnant doit être attirée sur le fait qu'il ne doit en aucun cas perturber l'action médicale ou troubler le repos des autres patients.

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

Le médecin peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de l'hospitalisé. Dans le cadre des situations d'isolement, les visiteurs respectent les modalités qui sont imposées.

ARTICLE 146 - L'INTERVENTION D'ASSOCIATIONS DE BENEVOLES

Les associations de bénévoles qui interviennent auprès des patients sont obligatoirement agréées par la Ministère de la Santé et doivent conclure une convention avec le directeur d'établissement. Aucune intervention d'association ne peut être admise en dehors de ce qui précède.

Les intervenants des associations de bénévoles, distinctement identifiés, interviennent auprès des patients, avec leur accord. Ils disposent de la faculté de tenir une permanence à la Maison des Usagers de l'établissement.

ARTICLE 147 - LES DEMARCHEURS, PHOTOGRAPHES ET ENQUETEURS

Aucune action de démarchage auprès des patients hospitalisés n'est autorisée sauf accord express et écrit du directeur. Il est également interdit à toute personne de déposer des prospectus publicitaires dans l'enceinte de l'hôpital.

Par ailleurs, les photographes et enquêteurs ne peuvent s'introduire dans les locaux hospitaliers et les chambres de patients hospitalisés, sauf autorisation spécifique.

Si elles pénètrent sans autorisation dans les chambres et les locaux hospitaliers, dans l'intention d'y exercer leur activité, ces personnes doivent être immédiatement exclues.

ARTICLE 148 - INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE PRESSE

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein de l'établissement doivent faire l'objet d'une information préalable et d'un accord écrit du directeur de la communication.

Selon la portée du sujet, l'accord écrit du directeur est donné après avis du responsable de l'unité médicale concernée.

L'accès des professionnels de la presse, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier. Pour les mineurs et les majeurs protégés, l'accord est recherché auprès du représentant légal.

Ce consentement doit être recueilli par écrit, sous sa responsabilité, par le professionnel de presse concerné. Une copie de ce consentement écrit est insérée dans le dossier du patient.

Les paroles et images des patients sont enregistrées et utilisées sous l'entière responsabilité des professionnels de presse concernés.

Sous-Section 3 : Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain

ARTICLE 149 - RECHERCHE BIOMEDICALE

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès, doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement, précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Les patients ou le cas échéant leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

ARTICLE 150 - PRELEVEMENT D'ORGANES

Les Hôpitaux du Bassin de Thau n'ont pas d'autorisation pour pratiquer des prélèvements d'organes après décès, mais participent au Réseau de Prélèvement d'organes du Languedoc-Roussillon (REPRELAR).

Prélèvement d'organes sur une personne majeure vivante

Ce prélèvement ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur et ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi.

Prélèvement d'organes sur un patient majeur décédé

Dans ce cas, à partir du moment où le décès a été dûment constaté, le prélèvement 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, tenu par l'Agence de la biomédecine. Ce refus est révocable à tout moment.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du patient décédé, il doit s'efforcer de recueillir par tout moyen, auprès des proches, l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le patient.

Il doit informer les proches de la finalité des prélèvements envisagés. Ceux-ci doivent être informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués.

ARTICLE 151 - DON DE CORPS A LA SCIENCE

A la différence du don d'organes (cf. article 150 ci-dessus) le don de corps n'a pas pour but de sauver une ou plusieurs vies. Il a pour objectif de permettre aux étudiants en médecine d'apprendre et de perfectionner leurs connaissances en anatomie et en chirurgie.

Toute personne majeure, juridiquement capable, peut faire don de son corps à la science. Elle rédige pour cela une déclaration datée et signée, qu'elle adresse à la faculté de médecine de son choix. Il existe 27 centres de dons ou laboratoires d'anatomie en France, la faculté de Médecine de Montpellier, la plus proche des HBT en fait partie.

Une carte de donneur est alors adressée au donateur ; qui doit toujours la conserver avec lui. En l'absence de carte, le don ne sera pas réalisé.

Le choix de donner son corps est une démarche personnelle ; l'avis de la famille ne peut contrevenir au choix fait par le défunt de son vivant.

Quoiqu'il en soit, le don du corps n'est pas un acte irréversible, car le donateur peut changer d'avis à tout moment en détruisant sa carte et en informant la faculté de médecine concernée.

Il faut savoir que le don du corps est une démarche payante : les frais varient selon les centres de don, certains d'entre eux pratiquant la gratuité (à l'exception des frais de prise en charge du corps).

Les 24h00 à 48h00 qui suivent le décès sont décisives. La faculté de médecine choisie par le donateur doit être prévenue très vite pour organiser l'arrivée du corps. La dépouille doit lui parvenir dans les 24h00 qui suivent le décès. Ce délai est porté à 48h00, si le décès est survenu dans un établissement équipé pour la conservation.

NB : Le décès dans un lieu éloigné de la faculté de médecine choisie n'entraîne pas l'annulation de ce don. Les autres centres doivent exécuter cette volonté en sachant que chaque faculté a ses propres règlements et critères de fonctionnement.

ARTICLE 152 - AUTOPSIE

Les autopsies sur personnes décédées de mort violente ou suspecte ne peuvent avoir lieu que dans le cadre d'une procédure judiciaire (mesures d'enquête, instruction).

Ces autopsies se déroulent dans le service de Médecine légale (Institut Médico-Légal) du CHU de Montpellier. Aux HBT une procédure régit les demandes d'autopsie demandées par la famille (fiche n°2/5 Référentiel Conduites à tenir en Garde).

En dehors du cas précité, l'autopsie peut être pratiquée le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement visées à l'article 150 sur le prélèvement d'organes.

Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée, 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.

Sous-section 4 : Expression des usagers : mesure de la satisfaction / plaintes et réclamations

ARTICLE 153 - QUESTIONNAIRE DE SORTIE ET ENQUETE DE SATISFACTION

Toute personne hospitalisée reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses observations et appréciations sur les conditions de son séjour aux HBT.

Les questionnaires complétés sont déposés dans des boîtes aux lettres spécifiques, dans chaque unité de soins, ou dans le hall de l'établissement.

Chaque année, l'établissement mène une enquête de satisfaction téléphonique auprès de ses patients.

ARTICLE 154 - L'EXPRESSION DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

Outre l'utilisation du questionnaire de sortie, le patient, ses ayants ou ses proches peuvent faire part au directeur des HBT de leurs observations et réclamations.

Le livret d'accueil des HBT informe les usagers sur les modalités de traitement des plaintes et réclamation, ainsi que sur la possibilité de bénéficier d'un entretien avec le médiateur médical ou non médical.

Le livret d'accueil et les affiches disposées dans l'ensemble des unités de soins, précisent le rôle et les missions de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

SECTION 2 – LES DEVOIRS DES USAGERS

ARTICLE 155 - RAPPEL DU PRINCIPE DE NEUTRALITE ET LAÏCITE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein des HBT, qu'ils soient arborés, 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.

En conséquence, toute personne est tenue au sein du groupe hospitalier au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles

ARTICLE 156 - EXIGENCE D'UN COMPORTEMENT RESPECTUEUX VIS-A-VIS DES AUTRES PATIENTS, DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES ORGANISATIONS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Lorsqu'un patient, dûment averti, cause des désordres, le directeur prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

L'exclusion d'un visiteur peut également être prononcée.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient dans les conditions évoquées ci-dessus.

Tout agent a le devoir de signaler les dégradations volontaires ou vols commis par un patient ou son entourage afin que l'établissement puisse obtenir réparation par toutes les voies de recours envisageables.

Par ailleurs, le statut de la fonction publique hospitalière prévoit la protection des agents contre les outrages et injures, violence et voies de fait.

En de telles circonstances, conformément à la procédure en vigueur, la direction des ressources humaines peut déposer plainte au nom de l'établissement.

Les patients hospitalisés, hormis situations spécifiques, peuvent se déplacer hors du service après en avoir prévenu le service.

Le personnel veille à ce que les patients soient revêtus d'une tenue décente lors de leurs déplacements. Les appareils sonores utilisés par les patients ne doivent pas gêner le repos des patients voisins. Les patients ne doivent pas introduire de boissons alcoolisées dans l'établissement.

Les traitements personnels du patient habituellement pris au domicile ne doivent pas être utilisés à l'hôpital. Par principe, le praticien hospitalier évalue le traitement et prescrit les médicaments que l'état de santé du patient nécessite.

Le comportement ou les propos des patients hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades ou pour le fonctionnement du service public hospitalier.

Les contacts que les usagers pourraient avoir avec la presse doivent se faire dans le respect du droit à l'image des professionnels de santé. Il est notamment interdit de filmer ou photographier un agent hospitalier à son insu et sans son autorisation.

CHAPITRE VI – DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

SECTION 1 – LES OBLIGATIONS

ARTICLE 157 - LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA DISCRETION PROFESSIONNELLE

Les agents hospitaliers sont tenus au strict respect du secret professionnel. L'article 226-13 du Code pénal prévoit que la violation du secret professionnel est punie d'un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.

Le secret professionnel s'impose à tous. Il 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.

Le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de déclaration obligatoire prévus par les lois et règlements : déclarations (naissance, décès, maladies contagieuses dont la liste est fixée par décret, état dangereux des alcooliques, placement d'un majeur sous sauvegarde de justice, interruption d'une cure de désintoxication pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique) et également dans le cadre des certificats (accident du travail ou de maladie professionnelle, maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ainsi que dans le cadre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge).

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- Pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou de privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
- Pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toutes natures ont été commises.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Par ailleurs, le médecin qui admet un patient blessé par balle ou arme blanche en informe l'administrateur de garde et évalue avec lui la nécessité d'en informer le procureur de la République.

Toute information confidentielle, même si elle ne relève pas strictement du secret, obtenue au cours du service soit sur un patient soit sur un collègue soit sur le service lui-même ne doit pas être communiquée de façon intempestive. L'agent est alors tenu de faire preuve de discrétion sous peine de sanctions disciplinaires.

Le détournement et la communication non autorisée de pièces ou de documents de service à des tiers constituent un manquement à la discrétion professionnelle.

ARTICLE 158 - LE DEVOIR DE RESERVE ET LE DEVOIR D'OBEISSANCE

L'agent doit faire preuve de réserve et de modération dans l'expression de ses sentiments ou de ses pensées. Sa conduite doit toujours être empreinte du respect, de la pondération et de la discrétion compatible avec ses fonctions.

L'obéissance aux ordres est due en toutes circonstances dès lors qu'ils ne sont pas manifestement contraires aux lois, aux bonnes mœurs et à l'intérêt public.

ARTICLE 159 - LA PROTECTION FONCTIONNELLE

L'administration est tenue de protéger ses agents contre :

- les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, dont ils peuvent être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer le préjudice susceptible d'en être résulté,
- les condamnations civiles ou pénales dont ils peuvent faire l'objet en cas de faute de service.

ARTICLE 160 - L'IDENTIFICATION DU PERSONNEL

Afin de se faire connaître aux patients et à leur familles, les personnels de l'hôpital sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, un badge ou tout autre moyen d'identification précisant leur nom, prénom et fonction.

Les agents des services des urgences et du SMUR, ainsi que ceux intervenant en psychiatrie, sont autorisés à ne s'identifier que par leur prénom et leur fonction.

ARTICLE 161 - LAICITE

Conformément aux dispositions de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983, modifié par la loi du 20 avril 2016, le fonctionnaire exerce ses fonctions dans les respects du principe de laïcité. Ces dispositions concernent tous les agents du service public hospitalier.

Il est rappelé que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature et dès lors qu'ils 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, ne sont pas tolérés au sein des Hôpitaux du Bassin de Thau, que ces signes soient arborés, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne.

En conséquence, toute personne est tenue au sein du groupe hospitalier au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles

ARTICLE 162 - LA TENUE PROFESSIONNELLE

Tous les agents de l'établissement 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 les tenues fournies par l'établissement.

Par ailleurs, tout piercing visible porté par le personnel doit être discret ou remplacé par un piercing transparent, de façon à diminuer l'impact visuel produit sur les patients.

Une tenue soignée tant dans l'habillement, que dans l'apparence ou le comportement, est exigée de l'ensemble du personnel.

La tenue vestimentaire

Fournie et entretenue par l'établissement, elle est revêtue au vestiaire et enlevée expressément à la fin du poste. Le port de vêtement de travail est interdit au restaurant et à l'extérieur de l'établissement. Les chaussures portées dans les services de soins sont spécifiquement réservées à l'usage hospitalier.

Les cheveux

Les cheveux sont propres, et si nécessaire retenus, afin d'éviter tout contact avec le patient ou avec du matériel de soins.

Les mains

Les mains jouent un rôle essentiel dans la prévention des infections nosocomiales. A cet égard et en lien avec les recommandations de la Société Française d'Hygiène hospitalière, sont proscrits pour tout personnel médical, paramédical et de rééducation en contact direct avec les patients :

- le port de bijoux, alliances, montres, bracelets pendant le temps de travail ;
- le port de vernis à ongles artificiels, « *french manicure* » pendant le temps de travail.

Une fiche faisant référence au respect de la tenue de travail est intégrée dans le livret d'accueil de tout agent nouvellement recruté.

ARTICLE 163 - L'INTERDICTION DE FUMER ET DE VAPOTER

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts de l'hôpital.

Une signalétique rappelle le principe d'interdiction de fumer pour les patients, les visiteurs et le personnel.

L'usage de la cigarette électronique est interdit pour tout agent à son poste de travail.

Le décret 2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter est en vigueur à compter du 1 octobre 2017.

Il précise que les locaux recevant des postes de travail situés ou non dans les bâtiments de l'établissement, fermés et couverts et affectés à un usage collectif sont les lieux soumis à l'interdiction de vapoter en application de l'article L.3513-6 du code de la santé publique.

Le décret prévoit que le fait de vapoter en méconnaissance de l'interdiction est passible d'une amende.

ARTICLE 164 - L'INTERDICTION DE POURBOIRES

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

Le dépôt de sommes d'argent par les patients et résidents ne peut se faire auprès des professionnels que dans le cadre de la procédure « Dépôt de biens ».

ARTICLE 165 - L'INTRODUCTION D'ALCOOL DANS L'ETABLISSEMENT

Le personnel n'est pas autorisé à apporter de l'alcool sur son lieu de travail.

ARTICLE 166 - LE RESPECT DES LOCAUX ET DES EQUIPEMENTS

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 l'hôpital. Les HBT sont amenés à exiger un remboursement en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

ARTICLE 167 - LA LUTTE CONTRE LE BRUIT ET L'UTILISATION DES TELEPHONES PORTABLES

Chaque professionnel doit, par son comportement participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit dans les services de soins.

Les agents ne sont pas autorisés (sauf cas de force majeure) à garder et à utiliser en poste leur téléphone portable, chaque agent étant joignable en cas d'urgence sur ses horaires de travail sur le poste du service ou par l'intermédiaire du cadre du service.

ARTICLE 168 - L'USAGE DE LA MESSAGERIE ELECTRONIQUE PROFESSIONNELLE

Tout agent se doit de respecter les principes de bon usage de la messagerie électronique.

SECTION 2 - LE CONSEIL DE DISCIPLINE

ARTICLE 169 - LE CONSEIL DE DISCIPLINE

C'est une émanation des Commissions Administratives Paritaires.

Il est convoqué par le directeur chaque fois qu'une sanction supérieure à l'avertissement ou au blâme est envisagée. Informé au préalable par écrit des faits reprochés à l'agent il entend celui-ci, les éventuels témoins cités par l'agent et ses éventuels défenseurs.

Les débats ont lieu hors présence du directeur.

Le conseil de discipline propose une sanction proportionnée à la faute commise.

Les échelles de sanction sont prévues par le statut de la fonction publique hospitalière :

- **Sanctions 1^{er} groupe :**

Avertissement, blâme

- **Sanctions 2^{ème} groupe :**

Addition du tableau d'avancement

Abaissement d'échelon

Exclusion temporaire maximale de 15 jours

- **Sanctions 3^{ème} groupe :** Rétrogradation, exclusion temporaire de 3 mois à 2 ans

- **Sanctions 4^{ème} groupe :**

Mise à la retraite d'office, révocation

SECTION 3 – LES DROITS

ARTICLE 170 - L'ACCUEIL

L'accueil est assuré pour toute personne intégrant les HBT à trois niveaux :

- à la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales qui organise deux à trois fois par an des Journées d'accueil institutionnel durant lesquelles chaque directeur présente au personnel nouvellement recruté des informations d'ordre général sur sa direction. Ces journées qui se déroulent sur un jour et demi sont également l'occasion d'un échange entre le personnel et la Direction et un livret d'accueil est remis à chaque nouvel arrivant.
- à la direction des soins, par l'encadrement supérieur responsable des pools et/ou du pôle d'affectation (pour les personnels paramédicaux IDE et AS).
- dans le service où est affecté, un livret d'accueil lui est remis et une carte d'identité du service lui permet d'être informé des spécificités du service (pour les services de soins).

ARTICLE 171 - LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE TOUT AU LONG DE LA VIE

La formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la Fonction Publique Hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel ainsi que leur mobilité. Elle contribue à créer les conditions d'un égal accès aux différents grades et emplois entre les hommes et les femmes.

La formation professionnelle est à la fois une nécessité, car elle permet le maintien des compétences professionnelles, mais aussi un droit (décret du 21 Août 2008).

On distingue 8 types d'actions :

- Actions de formation professionnelle initiale ;
- Développement des connaissances et de la compétence ;
- Préparation aux examens et concours ;
- Etudes promotionnelles ;
- Actions de conversion ;
- Congé de Formation Professionnelle ;
- Bilan de compétences ;
- Validation des Acquis et de l'Expérience.

Parallèlement au droit de la Formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) des agents publics inscrits aux statuts de la fonction publique, la loi dite Loi HPST a introduit le 21 juillet 2009 au code de la Santé publique une obligation commune à tous les professionnels de santé de suivre un programme de Développement professionnel continu (DPC) dans le cadre d'une démarche permanente.

Le DPC a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Il comporte l'analyse, par les professionnels de santé médicaux et non médicaux, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences, et

constitue donc une obligation à laquelle chacun doit satisfaire dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente, en participant chaque année à un programme de DPC.

ARTICLE 172 - L'ÉVALUATION ET LA NOTATION

L'évaluation du personnel est organisée chaque année au cours des mois d'avril à juin. Chaque agent titulaire, stagiaire et contractuel sur emploi permanent est évalué par son cadre de proximité sur la base d'un dossier d'évaluation. Au cours de cet entretien, le professionnel et le supérieur hiérarchique évaluent les contributions du professionnel sur la base d'une fiche d'activité ou d'une définition de fonction, négocient les objectifs de l'agent pour l'année à venir, déterminent les besoins individuels de formation, formalisent éventuellement les demandes de mobilité.

Une appréciation de synthèse est rédigée par le cadre, signée par l'agent, et reportée sur la fiche de notation.

La notation intervient une fois par an après l'évaluation, sur la base de l'appréciation de synthèse issue de l'évaluation. Le Directeur des Ressources Humaines, par délégation du directeur, procède à la notation de chaque agent, sur la base des propositions de l'encadrement.

ARTICLE 173 - LE DROIT SYNDICAL

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service en fonction du protocole signé entre les organisations syndicales et la Direction, à l'issue de chaque élection professionnelle.

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.

ARTICLE 174 - LE DROIT DE GREVE

Les agents des HBT bénéficient du droit de grève dans la mesure où l'exercice de ce droit ne compromet pas la continuité du service public hospitalier. Pour satisfaire à l'obligation de service minimum, le directeur a le droit d'assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement minimum du service.

Les effectifs minimum ont été arrêtés après avis du CTE. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation et ne peuvent pas décider de n'accomplir pendant le temps de présence, que les tâches qu'ils estimeraient indispensables, mais doivent assurer la totalité de leurs obligations.

ARTICLE 175 - LE TEMPS DE TRAVAIL

Depuis le 1er janvier 2002, la durée légale du temps de travail des personnels hospitaliers est fixée à 35 heures hebdomadaires.

Cette réduction du temps de travail a été mise en place par le directeur des HBT le 20 avril 2002. Un référentiel « gestion du temps de travail », diffusé dans tous les secteurs, explicite l'application concrète de la réglementation aux HBT.

ARTICLE 176 - LA SECURITE

Sécurité des agents :

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

Respect des règles de sécurité :

Chaque membre du personnel doit prendre connaissance des consignes de sécurité qui sont fixées et les respecter ou les faire respecter en fonction de ses responsabilités hiérarchiques.

Lorsque l'activité le nécessite, les équipements de protection individuelle et collective mis à disposition par l'employeur doivent être utilisés.

ARTICLE 177 - LES ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS HOSPITALIERS OU ASSOCIATION SOUHAITANT ETRE DOMICILIEES A L'HOPITAL

Les associations hospitalières se forment librement, sans autorisation de la Direction des HBT. Toutefois, l'association qui souhaite se domicilier à l'hôpital doit préalablement obtenir l'accord de la Direction de l'établissement. Le même principe s'applique pour les associations non hospitalières qui souhaiteraient être domiciliées aux HBT (cf. dispositions particulières pour les associations de bénévoles, intervenant auprès des patients hospitalisés article 140).

Une convention doit être passée entre les dirigeants de l'association et le Directeur des HBT pour préciser :

- leurs statuts,
- la copie de la déclaration en Préfecture et publication au Journal Officiel,
- le registre spécial portant tout changement ou modification.
- le but de l'association,
- sa domiciliation,
- les locaux et les équipements mis à disposition,
- les éventuelles redevances dues par l'association aux HBT,
- l'octroi d'une subvention et sa finalité,
- toutes obligations de l'association en termes d'hygiène, de sécurité
- les personnels hospitaliers membres de l'association.

En outre, les associations bénéficiant de subventions de l'hôpital doivent fournir :

- le budget,
- un bilan,
- le compte d'exploitation,
- les justificatifs de dépenses correspondant à la subvention.

ARTICLE 178 - LA SANTE AU TRAVAIL

L'établissement dispose d'un service de santé au travail chargé d'organiser :

- les visites médicales préalables à l'embauche d'un agent,
- les examens médicaux de reprise d'activité,
- la visite médicale périodique (au moins une fois par an, hormis les cas de surveillance renforcée).

Le médecin du travail est le conseiller du chef d'établissement en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie et de travail du personnel, l'hygiène de l'établissement, la protection des agents contre l'ensemble des nuisances, les aménagements des postes de travail, l'éducation sanitaire du personnel, ainsi que les construction de locaux ou aménagements d'anciens locaux.

CHAPITRE VII – LES DISPOSITIONS RELATIVES AU REGLEMENT INTERIEUR

SECTION 1 – LA GESTION DU DOCUMENT

ARTICLE 179 - APPROBATION

Le règlement intérieur est arrêté par le directeur, après concertation au sein du Directoire, après avis du Conseil de Surveillance, de la CME et du CTE, et après information de la CSIRMT.

Le Directeur est chargé de sa mise en œuvre.

ARTICLE 180 - PROCEDURE DE REVISION

Le règlement intérieur fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Cette évaluation est assurée par le DAQI et donne lieu à un rapport annuel et le cas échéant, à des propositions de modifications qui suivent la même voie que pour son approbation.

ARTICLE 181 - MISE A DISPOSITION

Le règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée dans tous les services de l'établissement. Il peut en outre être consulté sur le site intranet et internet de l'établissement.

SECTION 2 – LES DOCUMENTS ANNEXES

- LES ORGANIGRAMMES (DIRECTION, POLES)
- REGLEMENT INTERIEUR DU CONSEIL DE SURVEILLANCE
- REGLEMENT INTERIEUR DU DIRECTOIRE
- REGLEMENT INTERIEUR DE LA CME
- REGLEMENT INTERIEUR DE LA CDU
- LE CONTRAT DE SÉJOUR en EHPAD
- LA CHARTE DE LA GOUVERNANCE
- LA CHARTE DE FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL DE JOUR OBSTETRICAL



ORGANIGRAMME DE DIRECTION

- **Coordination Qualité et Gestion des Risques**
Michael BESSE - Guillaume TIXER - Dr K. GRISSA
- **Radioprotection des patients et professionnels**
Olivier BENEZET

Directrice générale
Claudie GRESLON

- **Secrétariat Direction Générale**
Dorine SANCHEZ - Alexandra LERHINA
- **Communication - Réseaux sociaux**
M. BESSE, Dr C. BLONDIN, Secrétariat

- **Président de CME**
Dr Christophe VACHER
- **Vice-présidente de CME**
Dr Khaoula GRISSA

Pôle Stratégie

Coordination : Benjamin NANCEAU

Direction des Opérations

Benjamin NANCEAU
Directeur

- **Analyse de gestion - Contractualisation**
*Marine FRAISSE
Katia MUNCK*
- **Gestion des projets**
Mélanie LEPICIER
- **Usagers - Affaires générales et juridiques - Assurances - Archives**
Pascal PAUZES
 - Coordination des secrétariats médicaux - Dossiers médicaux
M. VAN MIGOM
 - Usagers—Assurances
C. PICOU / O. BENHAIM
 - Archives
N. CAMP / MF. BOX

José CASAS-ARAGON

Direction Informatique

Directeur

- **Equipe applicative**
François CROS
- **Equipe technique**
Sébastien DOMPER

Pôle Ressources Humaines

Direction des Ressources Humaines et Affaires médicales

Jean-François TIREFORT
Directeur

- **Recrutement - Carrières - Formation - Affaires médicales**
Audrey VEDEL
 - Carrières - retraites
A. BURGOS
 - Affaires médicales
A. VEDEL / C. GANIVET / C. PRADIER / M. PIQUERAS
 - Formation
S. ROYO / M. ROBERT / H. BOUCHELAGHEM
- **Paie - Absentéisme - Contrôle de gestion social**
Raphaël BOUVIER
 - Recrutement
A. PENNINO / D. GALIS-BESSE / G. PARISI
 - Paie - Temps de travail
F. ESCOBAR / J. CARMONA
 - Absentéisme - Maladies
M. PIQUERAS / C. PRADIER / F. JACONO
 - Syndicats - ARE - CGOS - MNH
G. PARISI

Pôle Economique et Financier

Coordination : Delphine PIVETEAU

Direction des Ressources Matérielles

Delphine PIVETEAU
Directrice

- **Services techniques et programmation travaux**
Pierre BERTOMEU
 - Courants forts
M. DUCHARME
 - CVC - plomberie Fluides
N. TOURENE
 - Courants faibles
B. BELTRANDO
 - Sécurité incendie Sûreté
L. GRANIER
- **Responsable adjoint des services techniques et suivi des travaux**
Cédric BIAL
 - Maintenance bâtiments et extérieurs
O. AZERONDE
- **Biomédical**
Marion TOLEDO
- **Achats - Logistique**
*Ophélie DURAND-PETIT
G. MENGUAL*
- **Restauration**
Thibaud BARGADA
- **Transports - Propreté**
Philippe SPITERI

Direction des Affaires financières

Bianca DA SILVA BARRETO

Directrice

- **Finances - Certification des comptes**
Marième PELLET
 - Gestion budgétaire et financière
*J. CAMPS
V. OLLER, A. PEREZ*
- **Gestion administrative des patients**
*Muriel MOULINIER
Nathalie PALLIOLE*

Pôle Soins

Direction des Soins

Fabienne MARION
Directrice - Coordinatrice générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- **Cadres de pôle - Cadres supérieurs de santé**
*Delphine ANTONY
Lydie BENMESSAOU
Nathalie CHAVE
Adeline KOENIG
Christophe MONTEL
Marie-Laure MORVAN
Christophe POUPIN*

Direction des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants

Frédérique SAINT-ARNOULD
Directrice des Soins

- **Coordination pédagogique**
Ghislaine BAISSET

Pôle gériatrie et médico-social

Direction de l'Action médico-sociale et des Etablissements extérieurs*

Marion MONIER-BERTRAND
Directrice

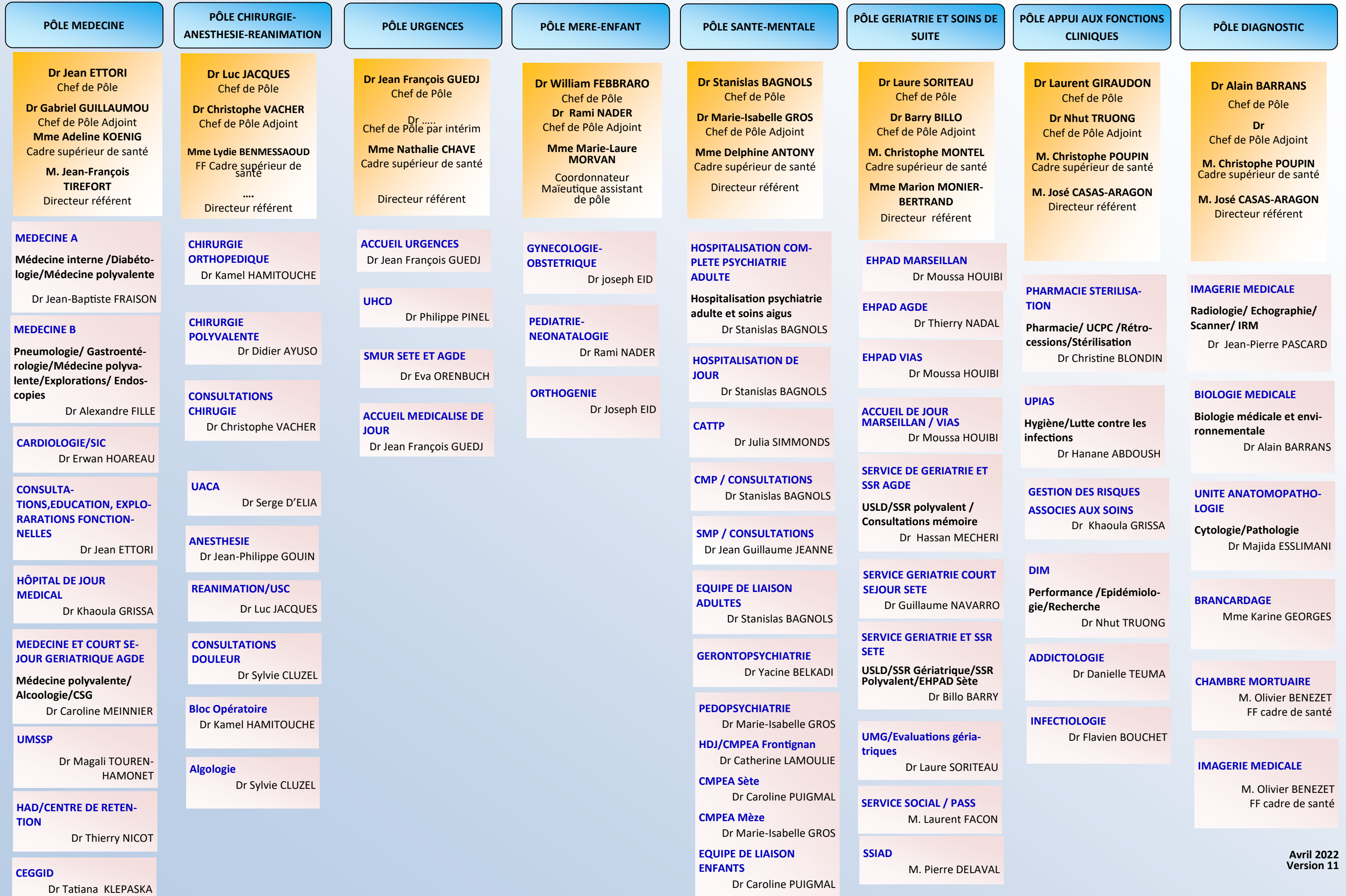
- **Action médico-sociale**
*Christelle VERIOT
H. BOUCHELAGHEM*
- **Service social - Permanence d'Accès aux Soins de Santé**
Laurent FACON

* **Etablissements extérieurs**
Hameau résidentiel des Pergolines - Sète
Hôpital Saint-Loup - Agde
EHPAD Laurent Antoine - Agde
EHPAD Claude Goudet - Marseillan
EHPAD L'Estagnol - Vias



ôpitaux du Bassin de Thau

ORGANIGRAMME DES PÔLES





CONSEIL DE SURVEILLANCE

REGLEMENT INTERIEUR

Références :

JORF n°0083 du 9 avril 2010.

Décret n°2010-361 du 8 avril 2010 relatif au Conseil de Surveillance des Etablissements Publics de Santé.

Arrêté ARS LR / 2010-272 du 3 juin 2010.

SOMMAIRE

ATTRIBUTIONS	3
COMPOSITION	3
<i>PJ - ARRETE ARS LR / 2010-272</i>	
▪ Représentants des collectivités territoriales - cinq membres -	3
▪ Représentants du personnel – cinq membres -	4
▪ Personnalités qualifiées – cinq membres -	4
MODALITES DE NOMINATION DES MEMBRES	4
CONDITION D’EXERCICE DES MEMBRES	5
▪ Incompatibilités et Incapacités	5
▪ Durée du Mandat	5
▪ Fin de Mandat	6
▪ Démission d’office	6
▪ Droits et Obligations	6
ELECTION ET MANDAT DU PRESIDENT ET DU VICE PRESIDENT	6
▪ Le Président	6
▪ Le Vice-Président	7
FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE	7
▪ Réunions	7
▪ Suspension ou renvoi de séances	7
▪ Quorum	7
▪ Votes	7
▪ Officialisation des débats	8
MOYENS DE FONCTIONNEMENT	8

Attributions

Le Conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement.

Il exerce un contrôle permanent sur sa gestion (rapport annuel, comptes de l'exercice).

Il entend le directeur sur l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement,
- le compte financier et l'affectation des résultats,
- le rapport annuel,
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante,
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
- la convention constitutive des CHU,
- les conventions passées en application de l'art CSP L 61 42-5,
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance,
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, les aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariats mentionnés aux articles CSP L 6148-2 et L. 6148-3,
- le règlement intérieur de l'établissement.

Composition

PJ - Arrête ARS LR / 2010-272

Le conseil de surveillance composé de quinze membres comprend :

Membres de droit :

▪ **Représentants des collectivités territoriales - cinq membres -**

- le Maire de la commune siège de l'établissement ou le représentant qu'il désigne,
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées d'hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement,
- deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes ou, à défaut, un représentant de chacune des deux principales communes d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent,

- le Président du Conseil Général du département siège de l'établissement principal, ou le représentant qu'il désigne.

▪ ***Représentants du personnel – cinq membres -***

- un membre de la Commission en Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (C.S.I.R.M.T) désigné par celle-ci,
- deux membres désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E),
- deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité Technique d'Etablissement (C.T.E).

▪ ***Personnalités qualifiées – cinq membres -***

- deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (D.G.A.R.S),
- trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'art. L.1114-1.

Membres consultatifs :

- le Président de la C.M.E, Vice-Président du directoire,
- le D.G.A.R.S,
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique,
- le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Montpellier
- un représentant des familles de personnes accueillies en Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées.

Modalités de nomination des membres
--

Les membres du Conseil de Surveillance des Etablissements Publics de Santé, y compris ceux dont le ressort est national ou interrégional, sont nommés par arrêté du D.G.A.R.S de la région siège de leur établissement principal.

- **Représentants des collectivités territoriales :** (pour les établissements de ressort intercommunal)

Le D.G.A.R.S désigne l'établissement dont l'ensemble des communes membres rassemblent la population la plus importante. A défaut de désignation par les collectivités territoriales ou leurs groupements dans un délai d'un mois après la saisine du D.G.A.R.S, le représentant de l'Etat procède à cette désignation.

- **Représentants du personnel :**

Représentants de la C.M.E : élus au scrutin uninominal secret à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au deuxième tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

Membres désignés par les organisations syndicales : nommés par le D.G.A.R.S compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement concerné, à l'occasion des élections au C.T.E.

Lorsque le Conseil de Surveillance comprend deux représentants du personnel, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le deuxième siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

Représentant de la C.S.I.R.M.T : élu par la C.S.I.R.M.T en son sein, à l'exclusion de son président (qui lui est membre de droit du directoire). L'élection a lieu au scrutin uninominal secret à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. La majorité relative suffit au deuxième tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

- Personnalités qualifiées :

Pour les Etablissements Public de Santé dont le Conseil de Surveillance compte quinze membres :

- . deux membres désignés par le DGARS,
- . trois membres désignés par le Préfet dont deux représentants des usagers.

Condition d'exercice des membres

▪ ***Incompatibilités et Incapacités***

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

- à plus d'un titre,
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L.5 et L. 6 du code électoral,
- s'il est membre du directoire,
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants en ligne directe, un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé,
- s'il est lié à l'établissement par contrat,
- s'il est agent salarié de l'établissement (pas opposable ni aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la Fonction Publique Hospitalière),
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'Agence Régionale de Santé.

Les membres qui tombent sous le coup des incompatibilités et incapacités démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le D.G.A.R.S.

▪ ***Durée du Mandat***

Le mandat est de 5 ans.

▪ ***Fin de Mandat***

Le mandat des membres prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés :

- membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales : fin de mandat lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leur remplaçant par la nouvelle assemblée.
- membres désignés sur proposition des organisations syndicales : fin de mandat lors de chaque renouvellement du C.T.E. Ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

▪ ***Démission d'office***

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances est réputé démissionnaire. Le D.G.A.R.S constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

▪ ***Droits et Obligations***

Les membres du Conseil de Surveillance exercent leur fonction à titre gratuit. Les frais de déplacement peuvent leur être indemnisés au titre de leur fonction. Ils bénéficient du congé de représentation prévu à l'article L. 3142-51 du Code du Travail.

Les membres du Conseil Surveillance sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Election et Mandat du Président et du Vice Président

Avant l'élection du Président, la présidence de séance est assurée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

▪ ***Le Président***

Le Conseil de Surveillance élit son Président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées pour une durée de cinq ans.

Le vote a lieu au scrutin uninominal à la majorité absolue.

Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Si le Président du Conseil de Surveillance cesse d'être membre du Conseil de Surveillance du fait de la fin d'un mandat électif, un nouveau Président est élu, selon les mêmes modalités, pour la durée du mandat de Président qui reste à courir.

- ***Le Vice-Président***

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

En cas de vacance des fonctions de Président et de Vice-Président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des collèges des représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

Fonctionnement du Conseil de Surveillance
--

- ***Réunions***

Les convocations à la première réunion sont adressées par le Président du Directoire.

Le Conseil de Surveillance se réunit sur convocation de son Président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres et aux personnes siégeant à titre consultatif. Le délai peut être abrégé par le président en cas d'urgence.

Le conseil se réunit au moins quatre fois par an.

Les séances ne sont pas publiques.

- ***Suspension ou renvoi de séances***

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

- ***Quorum***

Le Conseil de Surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié au moins des membres assistent à la séance. (Huit membres)

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion (qui doit avoir lieu dans un délai compris entre trois et huit jours) est réputée valable quel que soit, le nombre de présents. Dans ce cas, le conseil peut décider, en début de séance, du renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

- ***Votes***

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents le demande.

En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé.

En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

▪ ***Officialisation des débats***

- Registre des délibérations : les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du Président du Directoire.
Ce registre est tenu à la disposition des membres du Conseil de Surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.
- transmission au D.G.A.R.S : les délibérations sont transmises sans délai au D.G.A.R.S.
- Compte-rendu : les membres du Conseil de Surveillance reçoivent un compte rendu de séance.

Moyens de fonctionnement

Le Conseil de Surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le Directeur. Le Directeur fait assurer le secrétariat.



**HOPITAUX DU BASSIN DE THAU
BD CAMILLE BLANC BP 475
34207 SETE CEDEX**

REGLEMENT INTERIEUR DU DIRECTOIRE

TABLE DES MATIERES

I - PRINCIPES GENERAUX.....	4
Article 1 – Création du Directoire.	4
Article 2 - Cadre juridique.	4
Article 3 - Composition et désignation des membres du Directoire.	4
3-1 Nombre de membres.	4
3-2 Composition.	4
3-3 Désignation des membres.	5
3-4 Incompatibilités.	5
Article 4 – Durée du mandat.....	5
4-1 Les membres de droit.....	5
4-2 Les membres nommés	5
4-3 Empêchements d'un membre nommé.....	5
4-4 Fin de fonction d'un membre.	6
4-5 Rémunération	6
Article 5 - Renouvellement du Directoire.....	6
Article 6 - Compétences du Directoire.	6
6-1 Les attributions du directoire.	6
6-2 La concertation au sein du Directoire.....	7
6-2-1 Le directeur, président du Directoire.....	7
6-2-2 Le président de la CME, vice-président du directoire	8
II. FONCTIONNEMENT DU DIRECTOIRE	9
Article 7 – Périodicité des réunions.....	9
7-1 Réunions régulières.	9
7-2 Réunions exceptionnelles.	9
Article 8 – Ordre du jour.	9
8-1 Durée de la réunion.	9
8-2 Détermination de l'ordre du jour.	9
8-3 Communication de l'ordre du jour.....	9
Article 9 – Documents de présentation	10
9-1 Documents se rapportant à l'ordre du jour.	10
9-2 Documents pour information.	10
9-3 Désignation de rapporteurs.	10
Article 10 – Déroulement des réunions.	10
Article 11 – Modalités de prises de position par le Directoire.....	11
11-2 Principe de neutralité.....	11
11-3 Prises de position du Directoire.....	11

11-4 Invités.....	11
Article 12 – Secrétariat et Procès-Verbaux des réunions.....	11
Article 13 – Confidentialité et responsabilité du Directoire.....	12
Article 14 – Diffusion des relevés de conclusions	12
III. ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR	12
Article 15 – Adoption et modification du règlement intérieur.	12

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer la composition et les règles de fonctionnement du Directoire des Hôpitaux du Bassin de Thau (H.B.T.).

I - PRINCIPES GENERAUX

Article 1 – Création du Directoire.

Le Directoire est une instance qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, il est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants. A majorité médicale, le directoire a pour mission de veiller à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et avec l'ensemble du projet d'établissement.

Le Directeur en organise les travaux.

Article 2 - Cadre juridique.

Le rôle et les compétences du Directoire au sein des H.B.T. sont définis par :

- L'article L.6143-7 du code de la santé publique modifié par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification
- Le Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et au directoire des établissements publics de santé (non modifié à ce jour)

Article 3 - Composition et désignation des membres du Directoire.

3-1 Nombre de membres.

Le Directoire des H.B.T. est constitué de 9 membres dont une majorité médicale.

3-2 Composition.

9 membres avec voix délibérative.

Trois membres de droit :

- Directrice générale, présidente du Directoire
- Pdt de la CME, vice-président du Directoire
- Pdt de la Commission des soins infirmiers

Six membres nommés par la Directrice Générale :

- 1 membre du personnel non médical proposé par le Pdt de la commission des soins infirmiers
- 5 membres des professions médicales proposés par le Pdt de la CME

+ Possibilité de désigner au plus 3 personnalités qualifiées avec voix consultative dont un représentant des usagers (sur avis conforme du PCME). Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

+ Des membres invités ponctuels : Chefs de pôle, membres de la direction, membres du corps médical exerçant des responsabilités institutionnelles

3-3 Désignation des membres.

La liste nominative des membres du Directoire est arrêtée par le Directeur après information du Conseil de surveillance.

Le membre du personnel non médical est nommé par le Directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

Les membres appartenant aux professions médicales sont nommés par le Directeur sur la base d'une liste comportant au moins cinq noms proposés par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) dans un délai de 30 jours à compter de la demande. En cas de désaccord, d'absence de liste ou de caractère incomplet de la liste, le Directeur peut demander une seconde liste dans un délai de 15 jours. En cas de nouveau désaccord, le Directeur nomme les membres de son choix.

Cette représentation est portée à la connaissance de l'ensemble du personnel par le Directeur.

3-4 Incompatibilités.

Les membres du Directoire ne peuvent pas être membres du Conseil de Surveillance.

Article 4 – Durée du mandat

4-1 Les membres de droit.

La durée du mandat des membres du directoire est déterminée par décret.

Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire, ou lors de la nomination d'un nouveau chef d'établissement.

4-2 Les membres nommés

La durée du mandat des membres nommés est de quatre ans.

4-3 Empêchements d'un membre nommé

Lorsqu'un membre nommé appartenant aux professions médicales ou non médicales est absent à plus de deux réunions consécutives du directoire, le Directeur demande au Président de la CME de bien vouloir désigner temporairement un suppléant qu'il nomme selon les mêmes termes que ceux prévalant pour la désignation des membres titulaires.

Lorsqu'un membre nommé par le Directeur et n'appartenant pas aux corps pré-cités est absent à plus de deux réunions consécutives du Directoire, le Directeur désigne temporairement un suppléant qu'il nomme selon les mêmes termes que ceux prévalant pour la désignation des membres titulaires.

4-4 Fin de fonction d'un membre.

La révocation de tous les membres du Directoire est automatique lorsqu'un nouveau directeur est nommé.

Tout membre cesse de faire partie du Directoire :

- lorsqu'il quitte l'établissement ou perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné,
- en cas de démission acceptée par le Directeur et sous réserve d'un préavis de deux mois,

Tout membre est réputé démissionnaire :

- en cas d'empêchement de siéger supérieur à 3 mois,
- lorsqu'il est absent et non excusé plus de trois fois consécutives à une réunion du Directoire ou manque à ses autres obligations de membre du Directoire.

Le Conseil de Surveillance est informé de la révocation partielle ou totale des membres.

4-5 Rémunération

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

Article 5 - Renouvellement du Directoire.

Il sera procédé, dans un délai de deux mois, au remplacement de tout membre qui, pour quelque cause que ce soit vient à cesser définitivement ses fonctions de membre du Directoire, selon les modalités prévues à l'article 3 du présent règlement.

Les fonctions de son remplaçant expirent lors du renouvellement total du Directoire.

Article 6 - Compétences du Directoire.

(Article L 6143-7-4 du code de la santé publique)

6-1 Les attributions du directoire.

Le Directoire est doté des attributions suivantes :

1. Approbation du projet médical, préparé par le Président de la CME avec le Directeur, en conformité avec le CPOM ;
2. Préparation du projet d'établissement (délibération du conseil de surveillance), notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
3. Conseil auprès du Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Pour l'approbation du projet médical, le vote se fait à la majorité qualifiée. En dehors de cette hypothèse, il n'y a pas d'autre vote au sein du Directoire.

6-2 La concertation au sein du Directoire.

6-2-1 Le directeur, président du Directoire

Le directeur, président du directoire, 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.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

- 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 3° Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- 6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- 7° Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
- 8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- 10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
- 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- 12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

La concertation n'a pas de caractère formel. Les membres du Directoire participent à la décision, en discutant à la fois des enjeux et des modalités. La réflexion a lieu sans vote.

Toute décision du Directeur après cette concertation devra y faire référence.

6-2-2 Le président de la CME, vice-président du directoire

1° Est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé 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, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement. Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement en vertu de l'article L. 6144-1.

2° Elabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel. Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2. Il comprend notamment :

- 1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional ou interrégional de santé et le contenu de l'offre de soins ;
- 2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- 4° L'organisation des moyens médicaux ;

- 5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;
- 6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

II. FONCTIONNEMENT DU DIRECTOIRE

Article 7 – Périodicité des réunions.

7-1 Réunions régulières.

Le Directoire se réunit au minimum 8 fois par an sur convocation de son Président et à l'initiative de ce dernier.

Un calendrier prévisionnel de ces réunions régulières est établi pour le semestre suivant.

7-2 Réunions exceptionnelles.

Des réunions exceptionnelles peuvent être organisées en fonction des besoins.

La réunion peut se tenir à l'initiative du Président ou du Vice-président ou à la demande écrite de la majorité absolue (la moitié plus un) des membres du Directoire.

Le Président arrête la date de la réunion exceptionnelle, qui doit se tenir dans le délai maximal de 7 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite.

Article 8 – Ordre du jour.

8-1 Durée de la réunion.

L'ordre du jour et les interventions doivent être dimensionnées pour respecter une durée raisonnable de trois heures.

8-2 Détermination de l'ordre du jour.

L'ordre du jour des réunions du Directoire est arrêté conjointement par le Président et le Vice-Président.

Les membres du Directoire peuvent solliciter l'inscription d'un point à l'ordre du jour, sur demande adressée au Président, par courrier ou par mail.

Le Président se doit d'examiner toutes les demandes d'inscription à l'ordre du jour, qu'il planifiera à l'une des prochaines réunions du Directoire.

8-3 Communication de l'ordre du jour.

La convocation écrite, établie par le Président, comprend l'ordre du jour de la réunion et les documents qui s'y rapportent.

Pour les réunions régulières, une convocation adressée 5 jours ouvrables au minimum avant la réunion, sera envoyée pour confirmation du calendrier prévisionnel des réunions.

Pour les réunions exceptionnelles, la convocation est adressée 3 jours ouvrables au minimum avant la réunion.

Les convocations sont adressées par mail.

Article 9 – Documents de présentation

9-1 Documents se rapportant à l'ordre du jour.

Les documents qui se rapportent à l'ordre du jour sont adressés aux membres du directoire en même temps que les convocations, et au plus tard 3 jours francs avant la réunion.

Par ailleurs, dans le cas où la transmission de certains documents s'avérerait difficile, il est organisé une consultation des documents à la Direction Générale.

9-2 Documents pour information.

Des documents utiles à l'information du Directoire, autres que ceux se rapportant à l'ordre du jour, peuvent être distribués pendant la réunion.

9-3 Désignation de rapporteurs.

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

Article 10 – Déroulement des réunions.

10-1 Présidence de la réunion.

La Présidence est assurée par le Directeur ou en cas d'empêchement du Président par le Vice-Président.

10-2 Ouverture de la réunion.

Pour les réunions régulières, la réunion est valablement ouverte par le Président ou son représentant lorsque la majorité absolue est atteinte, c'est-à-dire **5** membres du Directoire présents.

Dans le cas contraire, une nouvelle réunion du Directoire se tient dans les 8 jours, sans condition de quorum.

Pour les réunions exceptionnelles, en l'absence du quorum mentionné ci-dessus, la réunion s'ouvre valablement sans condition de quorum 30 minutes après l'heure de convocation de la réunion.

Article 11 – Modalités de prises de position par le Directoire.

11-1 Rôle des membres du Directoire.

Les membres du Directoire se prononcent en tant que représentants de l'Etablissement, dans l'intérêt général de celui-ci, et non dans celui du secteur dans lequel ils exercent ou dont ils assument la responsabilité.

11-2 Principe de neutralité.

Pour les questions intéressant à titre principal l'un des membres du Directoire, celui-ci pourra éclairer les débats dans le respect de principe de neutralité.

11-3 Prises de position du Directoire.

Les prises de position du Directoire résultent du dialogue et de la recherche de consensus.

Seule l'adoption du projet médical requiert un vote. En cas d'égalité des voix, la voix du Président est prépondérante.

Aucune procuration n'est admise.

La prise de position du Directoire engage tous les membres, quelle que soit leur position individuelle lors du vote ou de la concertation.

11-4 Invités.

Des promoteurs de projet (ex : chefs de pôle, DIM, DOP, DAF...) ou des personnes qualifiées proposés par le Président et le Vice-Président sont invités afin de présenter et/ou d'être entendus sur un point à l'ordre du jour. Leur nom est précisé dans l'ordre du jour.

Les invités assistent à la partie des débats relative aux points de l'ordre du jour qui les concernent.

Ils exposent les thématiques ou projets inscrits à l'ordre du jour. Ils répondent aux questions des membres du Directoire et éclairent les débats. Ils ne participent pas à la concertation et n'émettent pas d'avis.

Article 12 – Secrétariat et Procès-Verbaux des réunions.

Le secrétariat du Directoire est assuré par les services de la Direction.

Le secrétariat établit et diffuse le calendrier des réunions régulières du Directoire et les convocations aux réunions, accompagnées de l'ordre du jour et des documents s'y rapportant.

Il établit un compte-rendu, qui comporte les concertations, recommandations et propositions du directoire.

L'approbation de ce compte-rendu constitue le premier point de l'ordre du jour de la réunion suivante. Il est signé par le Président et transmis aux membres du Directoire.

De ce compte-rendu est extrait un relevé de conclusions et de propositions accessible à tous les professionnels de l'établissement.

Le secrétariat tient un répertoire des relevés de conclusions et des recommandations du Directoire.

Article 13 – Confidentialité et responsabilité du Directoire.

Les réunions du Directoire ne sont pas publiques.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du Directoire sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits et documents dont elles ont connaissance à l'occasion de ces travaux. Les prises de position individuelles et le déroulé des débats sont notamment confidentiels.

Les membres du Directoire sont liés par la prise de position du Directoire.

Article 14 – Diffusion des relevés de conclusions

Après approbation par les membres du directoire, le relevé de conclusions est mis ligne sur l'intranet de l'établissement et accessible à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

III. ADOPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Article 15 – Adoption et modification du règlement intérieur.

Le règlement intérieur du Directoire est arrêté par le Directeur, après avis du Directoire. Il est intégré au Règlement Intérieur de l'Etablissement.

Les modifications de celui-ci se font dans les mêmes formes que pour son adoption.

ANNEXE 1

COMPOSITION DU DIRECTOIRE

La composition du Directoire est la suivante :

9 membres avec voix délibérative

3 Membres de droit :

- Présidente, directrice générale : Claudie GRESLON
- Vice-président, Président CME : Dr Christophe VACHER
- Présidente de la commission des soins infirmiers : Muriel DODERO

6 Membres nommés :

- Le chef de pôle de médecine : Dr Jean ETTORI
- Le chef de pôle des urgences : Dr Claude PIOCH
- Le chef de pôle de gériatrie et soins de suite : Dr Laure SORITEAU
- Le chef de pôle santé mentale : Dr Stanislas BAGNOLS
- Le chef de pôle diagnostic : Dr Alain BARRANS
- Cadre du pôle gériatrie et soins de suite : M. Christophe MONTEL

1 Membre avec voix consultative

- M. Benjamin NANCEAU, Directeur du Pôle Stratégie (au titre des personnalités qualifiées /sur avis conforme du PCME)

Membres invités ponctuels : chefs de pôle, membres de la direction, membres du corps médical exerçant des responsabilités institutionnelles selon points à l'ordre du jour.



Commission Médicale d'Etablissement

Règlement Intérieur

**Modifié suite parution du décret n°2016-291
du 11 mars 2016**

Validé par le CME du 26 Septembre 2016

Version 2 - Septembre 2016

PREAMBULE

Le règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) des Hôpitaux du Bassin de Thau s'intègre dans le cadre général de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, aux décrets subséquents (2009-1762, 2010-439, 2013-841 et 2016-91) et aux dispositions générales prévues au Code de la Santé Publique (Art L.6144-1 et 2, Art L.6146-1, Art L. 6143-7-3, Art D. 6143-37 à 37-5 et Art R6144-1 à 6).

Article 1 : Composition

La CME est composée de la façon suivante :

1°) L'ensemble des chefs de pôles d'activités cliniques et médico-techniques soit 8 praticiens ;

2°) Des représentants élus des responsables de services, unités fonctionnelles et structures internes au nombre de 8 (collège 1) ;

3°) Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement au nombre de 8 (collège 2) ;

4°) Des représentants élus des personnels temporaires (assistants) ou non titulaires et des personnels contractuels au nombre de 4 (collège 3) ;

5°) Des représentants élus des sages-femmes au nombre de 2 (collège 4) ;

6°) Des représentants des internes comprenant un représentant des internes pour la médecine générale, un représentant pour les internes de spécialités et un représentant pour les internes en pharmacie, soit 3 membres.

7°) Assistant en outre avec voix consultative :

- Le président du directoire ou son représentant,
- Le président de la commission en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Le praticien responsable de l'information médicale,
- Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein,
- Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix. Cependant, dans un souci de ne pas déséquilibrer la CME, cette représentation se limite au directeur des affaires médicales et aux directeurs qui ont un point inscrit à l'ordre du jour. Si le président du Directoire souhaite se faire assister de toute autre personne, il devra en informer au préalable le président de la CME.

L'organisation des élections incombe au directeur de l'établissement.

En dehors des membres de droits, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative, les sièges sont pourvus par voie de l'élection au scrutin secret uninominal à deux tours. Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Il est prévu, par collège, des suppléants au maximum en nombre égal au nombre de siège de titulaire.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du directoire après avis des organisations représentatives des internes.

La chronologie des opérations électorales est la suivante :

Date de l'élection et Etablissement des listes électorales

La date du scrutin est fixée par le directeur. La direction des affaires médicales est chargée d'organiser et de mettre en place les opérations électorales.

La date du scrutin avec ses horaires d'ouverture et de clôture, la liste des électeurs et éligibles, l'appel à candidature ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges sont communiqués par voie d'affichage au moins 3 semaines avant le déroulement du scrutin.

A partir du jour d'affichage et durant un délai de 8 jours, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations (erreurs, omissions) à la direction des affaires médicales. Passé ces 8 jours, les listes sont définitivement closes.

Recueil des candidatures

Les déclarations de candidature dûment signées doivent comporter nom, prénom, qualité ainsi que le collège au titre duquel se présentent les intéressés. Ces déclarations doivent être adressées ou déposées 10 jours au moins avant la date du scrutin. Le cachet de la poste ou le récépissé de la direction, en cas de remise en main propre, fait foi. Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après cette date.

La liste des candidats est arrêtée pour chaque collège. Elle est affichée par le directeur au moins 7 jours avant la date du scrutin.

Déroulement du scrutin

Le scrutin se déroule sous le contrôle de la direction des affaires médicales. Le président de la CME en exercice, ou son représentant, est présent à l'ouverture du bureau de vote et lors du dépouillement du scrutin.

L'électeur fait figurer sur son bulletin de vote au maximum autant de noms que de membres titulaires à élire dans le collège auquel il appartient. Il peut rayer autant de noms qu'il le souhaite.

Le vote peut se faire par correspondance au moyen de matériel mis à disposition par l'établissement. Le bulletin de vote doit être inséré dans une première enveloppe, à placer dans une deuxième enveloppe d'expédition qui doit mentionner le nom et le prénom de l'électeur et qui doit être revêtue de la signature de l'électeur. Cette enveloppe peut être adressée par voie postale, soit remise à la direction des affaires médicales. Elle doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin.

Pour être élu au premier tour du scrutin, un candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrage au moins égal au tiers du nombre d'électeurs inscrits.

Si un deuxième tour de scrutin est nécessaire, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. En cas d'égalité, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Ce deuxième tour se déroule au moins 5 jours après le premier tour. Le processus électoral est identique à celui du premier tour.

Proclamation des résultats

Le dépouillement s'effectue en public, en présence du directeur des affaires médicales ou de son représentant, et du président de la CME en exercice ou de son représentant. Les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins comportant des noms ajoutés, les bulletins ou enveloppes comportant des signes de reconnaissance sont considérés comme nuls. Les contestations sont immédiatement soumises au bureau de la CME en exercice et au directeur des affaires médicales qui statuent sans délai.

Un procès-verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin. Il est affiché pendant 6 jours francs au cours desquels les réclamations sur la validité des opérations électorales peuvent être adressées au directeur. A l'issue du délai prévu, le directeur proclame les résultats et arrête la liste des membres de la CME.

La durée du mandat est fixée à 4 ans renouvelables.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé jusqu'au terme de celui-ci, par le suppléant du même collège qui a obtenu le plus grand nombre de voix. En l'absence de membre suppléant dans le collège considéré, une élection partielle est organisée selon les modalités décrites ci-dessus.

Article 3 : Organisation interne

La CME définit librement son organisation interne dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

3-1 Présidence et Vice-présidence

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui sont membres de la CME.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour à la majorité relative est organisé. En cas d'égalité, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Les fonctions sont de 4 ans, le mandat de président est renouvelable une seule fois de manière consécutive.

Suite à l'élection d'une nouvelle CME, le doyen d'âge préside la séance et a en charge les élections du président et du vice-président.

Les fonctions de président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

-Si un président de CME est désigné chef de pôle par le directeur, il devra présenter sa démission de la présidence de la CME dans un délai raisonnable.

-Si un chef de pôle est élu président de CME, il devra présenter sa démission de sa chefferie de pôle dans un délai raisonnable. L'article R6144-5-1 l'autorise à continuer à exercer son mandat de président de CME, même s'il perd en cours de mandat la qualité de chef de pôle.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président, ses fonctions au sein de la CME sont assurées par le vice-président jusqu'à la désignation d'un nouveau président. En l'absence de vice-président, une nouvelle élection du président et du vice-président est organisée par le doyen d'âge de la commission.

Les fonctions de président et de vice-président de la CME prennent fin sur présentation de leur démission au président du directoire ou au terme du mandat de la CME qui les a élus.

Le président de la CME est vice-président du directoire. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical d'établissement. Il participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. Il propose au directeur les praticiens en vue de la nomination dans les fonctions de chef de pôle. Il propose également au directeur, après avis du chef de pôle, les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique.

Le président de la CME est chargé, conjointement avec le directeur 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, sous réserve des attributions de la CME.

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

Le président et le vice-président de la CME rencontrent régulièrement le directeur de l'établissement.

3-2 Bureau

Le Bureau de la CME est constitué par le président, le vice-président ainsi que des membres titulaires de la CME désignés par le président.

Lorsque le bureau est composé, le président de la CME informe la communauté médicale et le directeur de l'établissement.

Le Bureau se réunit au moins tous les 15 jours.

Les missions du bureau de la CME sont :

- L'organisation du fonctionnement de la CME,
- La préparation des réunions de la CME,
- Le suivi des dossiers impliquant la CME,
- La représentation de la CME à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement sur délégation du président, à l'exception des cas où cette représentation est prévue par voie réglementaire.
- La définition des modalités d'accueil des internes et personnels médicaux nouvellement recrutés.

Le Président de la CME peut inviter au bureau, ponctuellement ou de façon permanente, toute personne appartenant ou non à la CME, susceptible d'aider dans le traitement d'une question ou dont elle souhaite solliciter l'avis.

En cas de cessation, en cours de mandat, des fonctions du président de la CME en exercice, le bureau de la CME est démissionnaire. Après l'élection du nouveau président, ce dernier procède à la mise en place d'un nouveau bureau.

3-3 Sous-commissions de la CME :

La CME met en place ou participe à des sous-commissions nécessaires à la discussion, l'analyse et à l'élaboration de ses projets, ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement médical.

3-3-1 Commissions réglementaires

Le mandat des représentants de la CME de ces sous-commissions expire en même temps que celui de la CME

-Commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) : Le président de la CME, ou son représentant, est membre de droit. 10 personnels médicaux sont désignés par la CME, compte-tenu des dispositions suivantes :

-La moitié au moins des membres doivent être des praticiens accomplissant des permanences sur place ou à domicile ;

-Un nombre du personnel médical des structures organisées en temps médical continu, y siège obligatoirement.

-Commission d'activité libérale : La CME désigne 2 praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale et 1 praticien hospitalier à temps plein n'exerçant pas une activité libérale.

-Sous-commission de l'équipement médical : La CME désigne 4 représentants

3-3-2 Commissions Opérationnelles

Le mandat de ces Commissions est indépendant de celui de la CME. Ces Commissions contribuent à aider la CME dans ses attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

-Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

-Comité des Anti-Infectieux, du Médicament et Dispositifs Médicaux Stériles (CAIMEDIMS)

-Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

-Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

-Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH)

-Commission des fluides médicaux

-Comité des plaies et cicatrisation (CPSP)

-Commission Parcours Patient (CPP)

-Commission Pédagogique

-Collège du DIM

Chaque responsable de ces commissions arrête son règlement intérieur avec les membres de sa commission. Il gère les travaux de sa commission en collaboration avec le président de la CME et en concertation avec le directoire. Il fixe les dates de réunions ainsi que l'ordre du jour. Il fait une présentation annuelle en CME de l'activité de la commission.

3-4 Participation aux instances et organes institutionnels de l'établissement

Le mandat de ces sous-commissions expire en même temps que celui de la CME

-Directoire : le président de la CME est le vice-président du directoire ;

-Conseil de Surveillance : La CME désigne 2 représentants. Le président de la CME siège comme membre consultatif ;

-Comité Technique d'Etablissement : La CME désigne un représentant

-Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques : La CME désigne un représentant.

-Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail : La CME désigne un représentant.

-Commission Des Usagers (CDU) : Le président de la CME ou son représentant siège à la CDU. Un médecin titulaire et un médecin suppléant sont désignés par le directeur sur présentation (Nomination indépendante de la CME).

-Comité de Gestion des Risques (COGERIS) : Le président de la CME ou son représentant, le responsable de la gestion des risques associés aux soins, le médecin en charge de la coordination des EPP et du DPC, et 4 praticiens dont le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse représentent le corps médical à ce comité.

-Comité Développement Professionnel Continu (DPC) – Groupe d'accompagnement formation et évaluation des pratiques (GRAFEP) : Le médecin en charge de la coordination des EPP et du DPC et au moins 2 praticiens représentent le corps médical.

Article 4 : Fonctionnement

Le président de la CME veille au bon fonctionnement de la commission.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la CME et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

4-1 Convocation et ordre du jour :

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Un calendrier annuel est fixé par le bureau de la CME.

La CME se réunit en séance extraordinaire à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur de l'Agence Régionale de Santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour doivent parvenir au moins 15 jours avant la séance de la CME. Chaque praticien a la possibilité de demander l'inscription d'un point à l'ordre du jour et doit adresser sa demande soit au président de la CME, soit au vice-président de la CME, soit à un des membres du bureau de la CME. C'est le bureau, réuni avant chaque finalisation de l'ordre du jour qui valide ou non l'inscription des points.

La commission peut faire appel à des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au déroulement des travaux. Ils assistent uniquement au point qui a nécessité leur intervention.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres (titulaires) de la CME et aux personnes qui sont conviées à la séance à titre consultatif ou en tant qu'experts.

Les convocations sont adressées par mail aux membres de la commission, ainsi qu'aux personnes conviées à la séance.

Dans une volonté de transparence et de partage, tous les praticiens sont invités à assister aux réunions de la CME.

4-2 Organisation des débats :

Le Président dirige les débats, il prend toute disposition utile pour assurer le bon ordre et la discipline. En cas d'absence du président, c'est le vice-président qui préside la séance et mène les débats.

Pour faciliter les débats et leur transcription, l'utilisation du micro est la règle.

Chaque membre de la CME s'engage à participer aux séances avec assiduité et régularité.

Les membres de la commission ainsi que les invités sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Les débats se rapportent soit à des avis suivis de vote, soit à des informations non suivies de vote. Il appartient au président d'en décider à l'exception des cas où les dispositions législatives ou réglementaires imposent un vote.

Le président de la CME peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, la CME est réunie à nouveau dans un délai minimal de 2 jours.

La CME peut être amenée à siéger en formation restreinte en application des dispositions relatives aux statuts des personnels médicaux (ex : discipline).

Les séances de la CME ne sont pas publiques.

4-3 Secrétariat :

Le secrétariat de la CME est assuré par la direction des affaires médicales.

Le secrétariat de la CME effectue l'envoi par mail des convocations et de l'ordre du jour. Les documents sont également envoyés par mail aux membres de la CME et aux personnes qui sont conviées à la séance à titre consultatif.

Le secrétariat de la CME fait remplir en début de séance la feuille d'émargement aux présents. Il organise les votes de la CME.

Le secrétariat de la CME rédige le procès-verbal qui est signé par le Président et adressé à tous les membres de la CME. Le président de la CME peut informer l'ensemble du corps médical des contributions, avis et vœux émis par la CME dans le cadre de ses attributions.

4-4 Quorum :

La CME compte 33 membres avec voix délibérative. Le quorum pour pouvoir tenir la séance de façon valide est donc fixé à 17 membres. Seuls les membres titulaires sont pris en compte dans le calcul du quorum.

Lorsqu'après une convocation régulière, ce quorum n'a pas été atteint, une 2^{ième} convocation est adressée à huit jours d'intervalle et la CME se tient alors même en l'absence de quorum

4-5 Votes :

Sur les points sur lesquels la CME est consultée, elle émet un avis. Ces avis s'expriment par des votes. Les résultats des votes sont acquis à la majorité des suffrages exprimés. Pour le calcul de cette majorité, il n'est pas tenu compte des abstentions..

Seuls les membres titulaires peuvent prendre part aux votes.

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

Cependant, le vote à bulletin secret est de droit pour les questions individuelles concernant les praticiens et lorsqu'il est demandé par un des membres.

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

L'organisation du vote est confiée au secrétariat de la commission. Pour chaque vote, les scrutateurs établissent le nombre des membres titulaires présents au moment du vote.

Ensuite, le secrétariat enregistre les abstentions, les votes blancs, les votes nuls (bulletins entachés d'irrégularité) et les résultats des différents suffrages exprimés.

Les résultats du vote sont annoncés en séance par le Président de la CME.

4-6 Assemblée Générale :

Le président de la CME peut inviter l'ensemble des praticiens de l'établissement à se réunir en assemblée générale.

Article 5 : Les compétences de la CME

La CME présente trois niveaux de compétences : consultative, informative et opérationnelle.

5-1 Compétences consultatives :

La CME est consultée et émet un avis sous la forme d'un vote pour les matières suivantes :

- Le projet médical de l'établissement ;
- La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;

- La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- La politique de formation des étudiants et des 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, odontalgiques 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 biomédicaux.

La CME est consultée et émet un avis sur des matières sur lesquelles le Comité Technique d'Etablissement est également consulté. Ces matières sont les suivantes :

- Le projet d'établissement ;
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- Le plan de redressement ;
- L'organisation interne de l'établissement. A ce titre la CME se prononce sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

5-2 Compétences informatives :

La CME est saisie pour information pour les questions suivantes :

- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Les contrats de pôle cette information se fait sur la base des propositions des contrats rédigés par les chefs de pôle ;
- Le bilan annuel des tableaux de service ;
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La programmation des travaux, l'aménagement des locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité de soins

5-3 Compétences Opérationnelles :

La CME contribue 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 et la mise en place des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

La CME contribue également à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

- 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 ;

- L'organisation des parcours de soins.

La CME propose au Directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi :

- Qui prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables ;

- Qui comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification ;

- Qui met en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.

La Commission Des Usagers (CDU) ainsi que la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique contribuent à l'élaboration de ce programme.

La CME élabore un bilan annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi :

Ce rapport est présenté à la CME.

Pour les Hôpitaux du Bassin de Thau, l'élaboration du programme d'action qualité sécurité des soins et du bilan annuel sont confiés au Comité de Gestion des Risques (COGERIS).

5-4 Informations :

Sur demande de son Président et pour l'aider dans la réalisation des missions que lui confie la réglementation, en sa qualité de vice-président du Directoire, la CME s'arroge le droit d'examiner et de donner un avis sur toutes les questions que lui soumet son Président, qui rentre dans son champ de compétence, et en particulier :

- Propositions pour la désignation dans les fonctions de chef de pôle ;
- Propositions pour les demandes de placement en position de recherche d'affectation des PH ;
- Propositions pour les demandes de sanctions disciplinaires et de licenciement pour insuffisances professionnelles à l'encontre des PH ;
- Propositions pour l'admission de praticiens libéraux exerçant à titre libéral dans l'établissement ;

Article 6 : Modifications

Le présent règlement est obligatoirement révisé lorsque la parution d'un texte législatif ou réglementaire le nécessite.

Il peut aussi être révisé sur proposition du président ou de la moitié de ses membres. La révision n'est adoptée que si la majorité absolue des suffrages exprimés est obtenue.



RÈGLEMENT INTERIEUR

COMMISSION DES USAGERS

TABLE DES MATIÈRES

PREAMBULE	3
------------------------	----------

PREMIERE PARTIE : LES RÈGLES RELATIVES AUX MISSIONS, À LA COMPOSITION ET AU FONCTIONNEMENT DE LA CDU.....	4
--	----------

ARTICLE 1 : LES MISSIONS DE LA CDU	4
ARTICLE 1-1 : Contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil, de prise en charge, l'information et les droits des usagers.	4
ARTICLE 1-2 : Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches.	5
ARTICLE 2 : LA PRESIDENCE DE LA CDU.....	6
ARTICLE 3 : COMPOSITION DE LA CDU.....	7
ARTICLE 3-1 : Une composition restreinte.....	7
ARTICLE 3-1-1 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -I -2°) et 3°), les membres sont les suivants	7
ARTICLE 3-1-2 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -II, la composition de la CDU est enrichie des membres suivants :.....	7
ARTICLE 3-2 : Les membres avec voix consultative et les invités de la CDU	7
ARTICLE 4 : COMPOSITION NOMINATIVE DE LA CDU	8
ARTICLE 5 : DUREE DU MANDAT DES MEMBRES DE LA CDU (R.1112-85)	8
ARTICLE 6 : PERIODICITE DES REUNIONS DE LA CDU (Article R.1112-88)	8
ARTICLE 7: ORDRE DU JOUR ET CONVOCATION DES MEMBRES	9
ARTICLE 8 : PARTICIPATION AUX REUNIONS DE LA CDU	9
ARTICLE 9 : EMPECHEMENT ET REGLES D'INCOMPATIBILITE : R.1112-87 du CSP.....	9
ARTICLE 10 : LE VOTE	10
ARTICLE 11 : LES OBLIGATIONS DES MEMBRES DE LA CDU	10
ARTICLE 11-1 : L'obligation de formation de base pour les représentants des usagers :.....	10
ARTICLE 11-2 : L'obligation du secret professionnel incombant les membres de la CDU.....	10
ARTICLE 12 : LE RAPPORT D'ACTIVITE DE LA CDU	11
ARTICLE 13 : MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR	11

DEUXIEME PARTIE : LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS. 12

ARTICLE 14 : LA PRISE EN COMPTE DES PLAINTES ORALES (R.1112-91)	12
ARTICLE 15 : LA RECEPTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS ECRITES PAR LE REPRESENTANT LECAL DE L'ETABLISSEMENT	12
ARTICLE 15-1 : La collecte des plaintes et réclamations :	12
ARTICLE 15-2 : L'accusé de réception.....	12
ARTICLE 15-3 : La réalisation de l'enquête	12
ARTICLE 15-4 : La transmission du rapport d'enquête	13
ARTICLE 16 : L'INTERVENTION DU OU DES MEDIATIEURS	13
ARTICLE 17 : L'INTERVENTION DE LA CDU	14
ARTICLE 17-1 : L'examen des plaintes et réclamations ne présentant pas un caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel	14
ARTICLE 17-2 : La formulation d'avis et recommandations	14

TROISIEME PARTIE : INFORMATION SUR LES EVENEMENTS INDESIRABLES ET...15
ENSEIGNEMENTS TIRES DU TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

ARTICLE 18 : L'information de la CDU sur les événements indésirables graves.....	15
ARTICLE 19 : Mise en place d'un CREx Usagers.....	15
ARTICLE 20 : Retour auprès des professionnels des enseignements tirés du traitement des plaintes et réclamations.....	15

PRÉAMBULE

Le présent règlement intérieur a été adopté par les membres de la Commission Des Usagers réunis en séance le 05 juillet 2019. La présente version, mise à jour, a été validée en séance du 17 mars 2022. Le Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la Commission Des Usagers des établissements de santé, prévu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a fait évoluer les missions et la composition de la Commission Des Usagers des établissements de santé, laquelle vient se substituer à la CRUQPC mise en place par la **Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**.

Il modifie d'une part les attributions de la Commission Des Usagers en prévoyant qu'elle soit informée des actions correctives mises en place en cas d'événements indésirables graves, qu'elle puisse les analyser, qu'elle recueille les observations réalisées, et qu'elle puisse proposer un « *projet des usagers* ». D'autre part, le décret modifie la composition et le fonctionnement de la Commission Des Usagers en prévoyant que le président soit élu parmi les représentants des usagers, les médiateurs ou le représentant légal de l'établissement. Pour finir, le décret définit l'organisation de l'élection de la présidence de la Commission Des Usagers et de l'élection du vice-président.

Il est rappelé à titre préliminaire que *l'article L.1112-32 du Code de la Santé Publique*, prévoit notamment que :

« Dans chaque établissement de santé, une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge a pour mission 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 la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes ».

PREMIERE PARTIE : Les règles relatives aux missions, à la composition et au fonctionnement de la CDU

ARTICLE 1 : LES MISSIONS DE LA CDU

ARTICLE 1-1 : Contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil, de prise en charge, l'information et les droits des usagers.

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 élaborée par la commission ou la Commission Médicale d'Etablissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission Des Usagers ou la Commission Médicale d'Etablissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données, et dispose également d'un droit d'auto saisine.

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

_ Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la Commission Médicale d'Etablissement *conformément au 3° de l'article L. 6144-1* ainsi que les avis, vœux (conforme à l'article R.1112-80 du Code de la Santé publique) ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

_ Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

_ Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de *l'article L. 1112-1* ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

_ Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à *l'article L. 1112-2*, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

_ Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

Conformément *aux dispositions du décret du 1 er juin 2016*, l'établissement est aussi tenu de proposer au moins une fois par an à la CDU, une présentation des événements indésirables graves, déclarés à l'Agence Régionale de Santé en application de *l'article L. 1114-13 du code de la santé publique (CSP)* ainsi que des actions menées dans

l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Le nouveau décret prévoit aussi l'obligation pour la CDU de recueillir au moins une fois par an les observations des bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

A partir notamment de ces informations, la commission peut :

- Procéder à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

- Recenser les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de Surveillance ;

- Formuler des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

— La commission rend compte de ses analyses et propositions *dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3.*

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de Surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'Agence Régionale de Santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

De plus, la Commission Des Usagers peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application *de l'avant-dernier alinéa de l'article L.1112-3*. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La Commission Médicale d'Etablissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la Commission Des Usagers au représentant légal de l'établissement.

Le projet des usagers est proposé par la Commission Des Usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

ARTICLE 1-2 : Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches.

La Commission Des Usagers permet aux usagers d'exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Elle dispose donc (selon les modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement) de l'ensemble des plaintes et des réclamations ainsi que des

réponses et des suites qui y ont été apportées par les responsables de l'établissement ; elle peut alors avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

La Direction des Opérations à laquelle sont rattachées les Affaires Juridiques et les Relations avec les Usagers procède au traitement des plaintes et réclamations selon les modalités définies dans la deuxième partie du présent règlement intérieur.

ARTICLE 2 : LA PRESIDENCE DE LA CDU

La Présidence de la Commission Des Usagers est assurée par un des membres *mentionnées au 1°) et 3°) du I de l'article R.1112-81 du Code de la Santé Publique*.

Conformément aux dispositions de *l'article R.1112-81-1 1°) du Code de la Santé Publique modifié par le décret du 1^{er} juin 2016*, le Président de la CDU est élu et peut être soit le Directeur ou son représentant, soit un Représentant des Usagers, soit un médiateur. Le vote a lieu au scrutin secret uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est élu.

Le Président effectue un mandat de 3 ans, renouvelable 2 fois.

La Commission Des Usagers élit dans les conditions prévues aux deux alinéas précédents un vice-président parmi les membres figurant aux **1° à 3° du I de l'article R. 1112-81**. Le vice-président est issu d'une autre des catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la Commission Des Usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

ARTICLE 3 : COMPOSITION DE LA CDU

ARTICLE 3-1 : Une composition restreinte

ARTICLE 3-1-1 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -I -2°) et 3°), les membres sont :

- 1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- 2° Deux médiateurs (un médiateur médecin et un médiateur non médecin) et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à *l'article R. 1112-82 du Code de la Santé publique*;
- 3° Deux Représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé dans les conditions prévues à *l'article R. 1112-83*. Cet article prévoit la désignation des personnes proposées parmi les associations agréées en application de *l'article L. 1114-1*.

ARTICLE 3-1-2 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -II, la composition de la CDU est enrichie des membres suivants :

- 1° Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- 2° Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres *mentionnés au b de l'article R. 714-62-2* ;
- 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- 4° Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

ARTICLE 3-2 : Les membres avec voix consultative et les invités de la CDU

- Le responsable de la politique qualité, ou son représentant, assiste aux séances de la commission avec voix consultative, en ce sens *l'article R.1112-86 du Code de la Santé Publique*.
- En outre, *l'article R.1112-86 du Code de la Santé Publique*, la commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.
- Le médecin coordonnateur des risques liés aux soins.

ARTICLE 4 : COMPOSITION NOMINATIVE DE LA CDU

Au regard des dispositions de *l'article R.1112-84 du Code de la Santé Publique*, le représentant légal de l'établissement arrête une liste nominative des membres de la Commission des Usagers. Cette liste est affichée dans l'établissement et transmise au Directeur de l'Agence Régionale de Santé. Cette liste est également remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reprend les dispositions *des articles R.1112-91 à R.1112-94* et précise les modalités d'application au sein de l'établissement.

ARTICLE 5 : DUREE DU MANDAT DES MEMBRES DE LA CDU (R.1112-85)

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers ainsi que le représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, est fixée à trois ans renouvelable.

Le mandat des autres membres de la Commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

ARTICLE 6 : PERIODICITE DES REUNIONS DE LA CDU (Article R.1112-88)

La Commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à *l'article R. 1112-94*. La commission se réunit de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

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

ARTICLE 7 : ORDRE DU JOUR ET CONVOCATION DES MEMBRES

L'ordre du jour est arrêté par le Président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, la convocation peut être adressée, au plus tard, un jour franc avant la date de la réunion.

La communication de l'ordre du jour vaut convocation des membres de la commission et le cas échéant de toute personne dont la présence est requise conformément aux stipulations de l'article 8 ci-après.

La Direction des Opérations à laquelle sont rattachées les Affaires Juridiques et les Relations avec les Usagers assure le secrétariat de la CDU. Elle adresse les convocations et ordre du jour aux membres de la Commission des Usagers, ainsi que les comptes rendus de ses réunions.

ARTICLE 8 : PARTICIPATION AUX REUNIONS DE LA CDU

L'ensemble des membres titulaires participe aux réunions de la commission. En cas d'empêchement, les membres titulaires sont remplacés par leurs suppléants dans les conditions définies à l'article 9.

Dans la mesure du possible, dès réception de l'ordre du jour, les membres titulaires ou leurs suppléants doivent informer, par tous moyens à leur convenance, le Président de la CDU et le secrétariat de leur empêchement.

En cas d'empêchement simultané d'un membre titulaire et de son suppléant, il est procédé autant que faire se peut à son remplacement. Toutefois, la CDU ne peut se réunir en l'absence des représentants des Usagers (titulaires ou suppléants), ni des membres de la composition restreinte de la CDU (voix délibérative).

Conformément à l'article R1112-90, créé par Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 - art. 1 JORF 4 mars 2005, les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

ARTICLE 9 : EMPECHEMENT ET REGLES D'INCOMPATIBILITE : R.1112-87 du CSP

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

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

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin. Dans les établissements *mentionnés au VI de l'article R. 1112-81*, le praticien est désigné par le représentant légal de l'établissement.

ARTICLE 10 : LE VOTE

Suite aux modifications apportées, par le *décret du 1^{er} juin 2016*, le Président de la CDU, participe aux votes au sein de la commission. Il dispose même d'une voix prépondérante en cas de partages des voix.

Les avis et recommandations de la CDU sont adoptés à la majorité des voix de membres à voix délibérative présents, plus une.

En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation émise.

ARTICLE 11 : LES OBLIGATIONS DES MEMBRES DE LA CDU

ARTICLE 11-1 : L'obligation de formation de base pour les représentants des usagers :

Les Représentants des Usagers *mentionnés au I de l'article L.1114-1 du Code de la Santé Publique*, sont soumis à une obligation de formation de base (*introduite par la loi du 2 janvier 2016 dans l'article L 1114-1 du code de la santé publique*), délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées. Cette formation est conforme à un cahier des charges arrêté par le ministre de la santé.

Cette formation donne droit à une indemnité versée par l'association assurant la formation, qui reçoit à cet effet une subvention publique.

ARTICLE 11-2 : L'obligation du secret professionnel incombant les membres de la CDU

Conformément aux dispositions du *troisième alinéa de l'article L.1112-3 du Code de la Santé Publique*, les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par *les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal*, dont le contenu est repris ci-après :

Article 226-13

"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende."

Article 226-14

"L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire".

De façon générale, les travaux et les délibérations de la Commission Des Usagers sont couverts par une obligation de discrétion à l'égard de tous les faits et documents dont la commission a connaissance.

ARTICLE 12 : LE RAPPORT D'ACTIVITE DE LA CDU

Dans le cadre de ses missions, énoncées à l'article 1 du présent règlement intérieur, la Commission Des Usagers rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel transmis au Conseil de Surveillance, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Technique d'Etablissement.

Ce rapport et les conclusions du Conseil de Surveillance sont transmis au Conseil Régional de Santé et à l'Agence Régionale de Santé.

ARTICLE 13 : MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Toute modification du présent règlement intérieur est réalisée par voie d'avenant et doit être adoptée à la majorité des voix des membres plus une, hormis celles relatives à la modification de la composition nominative de ses membres.

DEUXIEME PARTIE : LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

ARTICLE 14 : LA PRISE EN COMPTE DES PLAINTES ORALES (R.1112-91)

Tout usager d'un établissement de santé doit pouvoir exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement.

En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite à la Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

ARTICLE 15 : LA RECEPTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS ECRITES PAR LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ETABLISSEMENT

ARTICLE 15-1 : La collecte des plaintes et réclamations

L'ensemble des plaintes et réclamations est adressé à Madame la Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau. Après visa de la Directrice, les plaintes et réclamations sont adressées à l'Attaché d'Administration Hospitalière Principal en charge des Affaires Juridiques et des Relations avec les Usagers, pour traitement.

ARTICLE 15-2 : L'accusé de réception

La Direction des Opérations à laquelle sont rattachées les Affaires Juridiques et les Relations avec les Usagers enregistre les plaintes et réclamations et dans les meilleurs délais, en accuse réception systématiquement en indiquant au plaignant, d'une part, qu'une enquête administrative interne est ouverte, d'autre part, qu'une proposition de rencontre avec un médiateur en présence ou non d'un Représentant des Usagers, lui sera adressée dès la fin de l'enquête.

Dans le cadre de l'enquête administrative, un retour écrit est attendu dans les meilleurs délais pour favoriser une réponse institutionnelle documentée, qui évitera une évolution péjorative de la plainte.

ARTICLE 15-3 : La réalisation de l'enquête

Le Responsable des Affaires Juridiques et Relations avec les Usagers sollicite un rapport sur les faits, au service concerné, par courrier interne, si nécessaire après échange téléphonique ou par tout autre moyen.

ARTICLE 15-4 : La transmission du rapport d'enquête

Une réponse est apportée au plaignant, à la signature du Directeur des Opérations, sur la base du rapport mentionné à l'article 15-3 ci-dessus.

A cette occasion, le plaignant est avisé de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à *l'article R. 1112-93*, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

ARTICLE 16 : L'INTERVENTION DU OU DES MEDIEUR(S)

Les médiateurs mentionnés au *2° du I de l'article R. 1112-81* sont un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements *mentionnés aux II à VI de l'article R. 1112-81* ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Dans les établissements *mentionnés aux II à IV de l'article R. 1112-81*, ces nominations interviennent après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service. Aux HBT, la décision a été prise de désigner un médiateur Médecin titulaire et deux Médiateurs Médecins suppléants.

Aux termes de *l'article R.1112-92 du Code de la Santé publique, modifié par le décret du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers*, le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies à l'alinéa précédent.

Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médecin titulaire ou suppléant auprès de plus de trois établissements simultanément. Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

Conformément à l'article R.1112-93, le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans **les huit jours** suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

L'article R.1112-94 du Code de la Santé Publique ajoute que dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le **compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai**, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

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

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

ARTICLE 17 : L'INTERVENTION DE LA CDU

ARTICLE 17-1 : L'examen des plaintes et réclamations ne présentant pas un caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel

Lors de chaque séance de la CDU, l'Attaché d'Administration Hospitalière Principal, en charge des Affaires Juridiques et des Relations avec les Usagers présente l'ensemble des plaintes et réclamations introduites depuis la précédente réunion de la Commission, ainsi que les réponses qui y ont été apportées.

Dans les conditions prévues aux *articles R. 1112-93 et R. 1112-94*, la Commission Des Usagers examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

ARTICLE 17-2 : La formulation d'avis et recommandations

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

Dans le délai de 8 jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation. Il joint à son courrier l'avis de la commission et transmet ce même courrier aux membres de la commission.

TROISIEME PARTIE : Information sur les événements indésirables et enseignements tirés du traitement des plaintes et réclamations

ARTICLE 18 : L'information de la CDU sur les événements indésirables graves

Au moins une fois par an, la CDU est informée du nombre et de la nature des événements indésirables graves, ainsi que du résultat des analyses conduites et des actions mises en œuvre qui permettront d'éviter que le risque ne se réalise une nouvelle fois.

Ces présentations sont réalisées sous l'égide du Médecin Coordonnateur des Risques Associés aux Soins, le cas échéant, en faisant intervenir les pilotes des Comités de Retour d'Expérience (CREX Urgences, CREX Réanimation, CREX Bloc Stérilisation, CREX PUI, CREX PECM) et du Médecin Coordonnateur de la Démarche RMM.

Les CREX précités interviennent activement dans le traitement des événements indésirables et permettent d'asseoir une véritable « culture qualité – sécurité des soins ». Dans ce cadre, les professionnels de terrain sont associés de façon très étroite à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des mesures d'amélioration proposées.

ARTICLE 19 : Mise en place d'un Crex Usagers

Au titre de ses conclusions pour l'année 2018, la CDU propose la mise en place d'un Crex Usagers au sein des HBT. Ce Crex est composé de représentants des usagers et professionnels formés à la méthode ORION®.

L'objectif premier de ce Crex est d'analyser les plaintes de façon systémique, afin de proposer des réponses adaptées et documentées aux personnes formulant une plainte.

ARTICLE 20 : Retour auprès des professionnels des enseignements tirés du traitement des plaintes et réclamations

Au-delà des informations qu'elles reçoivent dans le cadre des CREX, les équipes concernées sont informées de chacune des réponses apportées aux plaintes et réclamations, que ces dernières aient ou non fait l'objet d'une analyse des causes selon une méthode appliquée par les CREX (ORION®).

L'organisation de ce retour d'information aux professionnels est décrite dans la procédure « traitement des plaintes et réclamations adressées au Directeur d'Etablissement » (Réf QUALIOS MGT /05/PRC/0007).



RÈGLEMENT INTERIEUR

COMMISSION DES USAGERS

TABLE DES MATIÈRES

PREAMBULE	3
------------------------	----------

PREMIERE PARTIE : LES RÈGLES RELATIVES AUX MISSIONS, À LA COMPOSITION ET AU FONCTIONNEMENT DE LA CDU.....	4
--	----------

ARTICLE 1 : LES MISSIONS DE LA CDU	4
ARTICLE 1-1 : Contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil, de prise en charge, l'information et les droits des usagers.	4
ARTICLE 1-2 : Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches.	5
ARTICLE 2 : LA PRESIDENCE DE LA CDU.....	6
ARTICLE 3 : COMPOSITION DE LA CDU.....	7
ARTICLE 3-1 : Une composition restreinte.....	7
ARTICLE 3-1-1 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -I -2°) et 3°), les membres sont les suivants	7
ARTICLE 3-1-2 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -II, la composition de la CDU est enrichie des membres suivants :.....	7
ARTICLE 3-2 : Les membres avec voix consultative et les invités de la CDU	7
ARTICLE 4 : COMPOSITION NOMINATIVE DE LA CDU	8
ARTICLE 5 : DUREE DU MANDAT DES MEMBRES DE LA CDU (R.1112-85)	8
ARTICLE 6 : PERIODICITE DES REUNIONS DE LA CDU (Article R.1112-88)	8
ARTICLE 7: ORDRE DU JOUR ET CONVOCATION DES MEMBRES	9
ARTICLE 8 : PARTICIPATION AUX REUNIONS DE LA CDU	9
ARTICLE 9 : EMPECHEMENT ET REGLES D'INCOMPATIBILITE : R.1112-87 du CSP.....	9
ARTICLE 10 : LE VOTE	10
ARTICLE 11 : LES OBLIGATIONS DES MEMBRES DE LA CDU	10
ARTICLE 11-1 : L'obligation de formation de base pour les représentants des usagers :.....	10
ARTICLE 11-2 : L'obligation du secret professionnel incombant les membres de la CDU.....	10
ARTICLE 12 : LE RAPPORT D'ACTIVITE DE LA CDU	11
ARTICLE 13 : MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR	11

DEUXIEME PARTIE : LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS. 12

ARTICLE 14 : LA PRISE EN COMPTE DES PLAINTES ORALES (R.1112-91)	12
ARTICLE 15 : LA RECEPTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS ECRITES PAR LE REPRESENTANT LECAL DE L'ETABLISSEMENT	12
ARTICLE 15-1 : La collecte des plaintes et réclamations :	12
ARTICLE 15-2 : L'accusé de réception.....	12
ARTICLE 15-3 : La réalisation de l'enquête	12
ARTICLE 15-4 : La transmission du rapport d'enquête	13
ARTICLE 16 : L'INTERVENTION DU OU DES MEDIATIEURS	13
ARTICLE 17 : L'INTERVENTION DE LA CDU	14
ARTICLE 17-1 : L'examen des plaintes et réclamations ne présentant pas un caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel	14
ARTICLE 17-2 : La formulation d'avis et recommandations	14

TROISIEME PARTIE : INFORMATION SUR LES EVENEMENTS INDESIRABLES ET...15
ENSEIGNEMENTS TIRES DU TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

ARTICLE 18 : L'information de la CDU sur les événements indésirables graves.....	15
ARTICLE 19 : Mise en place d'un CREx Usagers.....	15
ARTICLE 20 : Retour auprès des professionnels des enseignements tirés du traitement des plaintes et réclamations.....	15

PRÉAMBULE

Le présent règlement intérieur a été adopté par les membres de la Commission Des Usagers réunis en séance le 05 juillet 2019. La présente version, mise à jour, a été validée en séance du 17 mars 2022. Le Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la Commission Des Usagers des établissements de santé, prévu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a fait évoluer les missions et la composition de la Commission Des Usagers des établissements de santé, laquelle vient se substituer à la CRUQPC mise en place par la **Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**.

Il modifie d'une part les attributions de la Commission Des Usagers en prévoyant qu'elle soit informée des actions correctives mises en place en cas d'événements indésirables graves, qu'elle puisse les analyser, qu'elle recueille les observations réalisées, et qu'elle puisse proposer un « *projet des usagers* ». D'autre part, le décret modifie la composition et le fonctionnement de la Commission Des Usagers en prévoyant que le président soit élu parmi les représentants des usagers, les médiateurs ou le représentant légal de l'établissement. Pour finir, le décret définit l'organisation de l'élection de la présidence de la Commission Des Usagers et de l'élection du vice-président.

Il est rappelé à titre préliminaire que *l'article L.1112-32 du Code de la Santé Publique*, prévoit notamment que :

« Dans chaque établissement de santé, une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge a pour mission 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 la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes ».

PREMIERE PARTIE : Les règles relatives aux missions, à la composition et au fonctionnement de la CDU

ARTICLE 1 : LES MISSIONS DE LA CDU

ARTICLE 1-1 : Contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil, de prise en charge, l'information et les droits des usagers.

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 élaborée par la commission ou la Commission Médicale d'Etablissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission Des Usagers ou la Commission Médicale d'Etablissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données, et dispose également d'un droit d'auto saisine.

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

_ Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la Commission Médicale d'Etablissement *conformément au 3° de l'article L. 6144-1* ainsi que les avis, vœux (conforme à l'article R.1112-80 du Code de la Santé publique) ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

_ Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

_ Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de *l'article L. 1112-1* ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

_ Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à *l'article L. 1112-2*, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

_ Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

Conformément *aux dispositions du décret du 1^{er} juin 2016*, l'établissement est aussi tenu de proposer au moins une fois par an à la CDU, une présentation des événements indésirables graves, déclarés à l'Agence Régionale de Santé en application de *l'article L. 1114-13 du code de la santé publique (CSP)* ainsi que des actions menées dans

l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'Etat prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

Le nouveau décret prévoit aussi l'obligation pour la CDU de recueillir au moins une fois par an les observations des bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

A partir notamment de ces informations, la commission peut :

- Procéder à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

- Recenser les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de Surveillance ;

- Formuler des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

— La commission rend compte de ses analyses et propositions *dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3.*

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au Conseil de Surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'Agence Régionale de Santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

De plus, la Commission Des Usagers peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application *de l'avant-dernier alinéa de l'article L.1112-3*. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La Commission Médicale d'Etablissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la Commission Des Usagers au représentant légal de l'établissement.

Le projet des usagers est proposé par la Commission Des Usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

ARTICLE 1-2 : Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches.

La Commission Des Usagers permet aux usagers d'exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Elle dispose donc (selon les modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement) de l'ensemble des plaintes et des réclamations ainsi que des

réponses et des suites qui y ont été apportées par les responsables de l'établissement ; elle peut alors avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

La Direction des Opérations à laquelle sont rattachées les Affaires Juridiques et les Relations avec les Usagers procède au traitement des plaintes et réclamations selon les modalités définies dans la deuxième partie du présent règlement intérieur.

ARTICLE 2 : LA PRESIDENCE DE LA CDU

La Présidence de la Commission Des Usagers est assurée par un des membres *mentionnées au 1°) et 3°) du I de l'article R.1112-81 du Code de la Santé Publique*.

Conformément aux dispositions de *l'article R.1112-81-1 1°) du Code de la Santé Publique modifié par le décret du 1^{er} juin 2016*, le Président de la CDU est élu et peut être soit le Directeur ou son représentant, soit un Représentant des Usagers, soit un médiateur. Le vote a lieu au scrutin secret uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est élu.

Le Président effectue un mandat de 3 ans, renouvelable 2 fois.

La Commission Des Usagers élit dans les conditions prévues aux deux alinéas précédents un vice-président parmi les membres figurant aux **1° à 3° du I de l'article R. 1112-81**. Le vice-président est issu d'une autre des catégories de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la Commission Des Usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

ARTICLE 3 : COMPOSITION DE LA CDU

ARTICLE 3-1 : Une composition restreinte

ARTICLE 3-1-1 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -I -2°) et 3°), les membres sont :

- 1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- 2° Deux médiateurs (un médiateur médecin et un médiateur non médecin) et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à *l'article R. 1112-82 du Code de la Santé publique*;
- 3° Deux Représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé dans les conditions prévues à *l'article R. 1112-83*. Cet article prévoit la désignation des personnes proposées parmi les associations agréées en application de *l'article L. 1114-1*.

ARTICLE 3-1-2 : En application des dispositions de l'article R.1112-81 -II, la composition de la CDU est enrichie des membres suivants :

- 1° Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
- 2° Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres *mentionnés au b de l'article R. 714-62-2* ;
- 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- 4° Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

ARTICLE 3-2 : Les membres avec voix consultative et les invités de la CDU

- Le responsable de la politique qualité, ou son représentant, assiste aux séances de la commission avec voix consultative, en ce sens *l'article R.1112-86 du Code de la Santé Publique*.
- En outre, *l'article R.1112-86 du Code de la Santé Publique*, la commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.
- Le médecin coordonnateur des risques liés aux soins.

ARTICLE 4 : COMPOSITION NOMINATIVE DE LA CDU

Au regard des dispositions de *l'article R.1112-84 du Code de la Santé Publique*, le représentant légal de l'établissement arrête une liste nominative des membres de la Commission des Usagers. Cette liste est affichée dans l'établissement et transmise au Directeur de l'Agence Régionale de Santé. Cette liste est également remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reprend les dispositions *des articles R.1112-91 à R.1112-94* et précise les modalités d'application au sein de l'établissement.

ARTICLE 5 : DUREE DU MANDAT DES MEMBRES DE LA CDU (R.1112-85)

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers ainsi que le représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, est fixée à trois ans renouvelable.

Le mandat des autres membres de la Commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

ARTICLE 6 : PERIODICITE DES REUNIONS DE LA CDU (Article R.1112-88)

La Commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à *l'article R. 1112-94*. La commission se réunit de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

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

ARTICLE 7 : ORDRE DU JOUR ET CONVOCATION DES MEMBRES

L'ordre du jour est arrêté par le Président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, la convocation peut être adressée, au plus tard, un jour franc avant la date de la réunion.

La communication de l'ordre du jour vaut convocation des membres de la commission et le cas échéant de toute personne dont la présence est requise conformément aux stipulations de l'article 8 ci-après.

La Direction des Opérations à laquelle sont rattachées les Affaires Juridiques et les Relations avec les Usagers assure le secrétariat de la CDU. Elle adresse les convocations et ordre du jour aux membres de la Commission des Usagers, ainsi que les comptes rendus de ses réunions.

ARTICLE 8 : PARTICIPATION AUX REUNIONS DE LA CDU

L'ensemble des membres titulaires participe aux réunions de la commission. En cas d'empêchement, les membres titulaires sont remplacés par leurs suppléants dans les conditions définies à l'article 9.

Dans la mesure du possible, dès réception de l'ordre du jour, les membres titulaires ou leurs suppléants doivent informer, par tous moyens à leur convenance, le Président de la CDU et le secrétariat de leur empêchement.

En cas d'empêchement simultané d'un membre titulaire et de son suppléant, il est procédé autant que faire se peut à son remplacement. Toutefois, la CDU ne peut se réunir en l'absence des représentants des Usagers (titulaires ou suppléants), ni des membres de la composition restreinte de la CDU (voix délibérative).

Conformément à l'article R1112-90, créé par Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 - art. 1 JORF 4 mars 2005, les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

ARTICLE 9 : EMPECHEMENT ET REGLES D'INCOMPATIBILITE : R.1112-87 du CSP

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

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

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin. Dans les établissements *mentionnés au VI de l'article R. 1112-81*, le praticien est désigné par le représentant légal de l'établissement.

ARTICLE 10 : LE VOTE

Suite aux modifications apportées, par le *décret du 1^{er} juin 2016*, le Président de la CDU, participe aux votes au sein de la commission. Il dispose même d'une voix prépondérante en cas de partages des voix.

Les avis et recommandations de la CDU sont adoptés à la majorité des voix de membres à voix délibérative présents, plus une.

En cas de partage des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation émise.

ARTICLE 11 : LES OBLIGATIONS DES MEMBRES DE LA CDU

ARTICLE 11-1 : L'obligation de formation de base pour les représentants des usagers :

Les Représentants des Usagers *mentionnés au I de l'article L.1114-1 du Code de la Santé Publique*, sont soumis à une obligation de formation de base (*introduite par la loi du 2 janvier 2016 dans l'article L 1114-1 du code de la santé publique*), délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées. Cette formation est conforme à un cahier des charges arrêté par le ministre de la santé.

Cette formation donne droit à une indemnité versée par l'association assurant la formation, qui reçoit à cet effet une subvention publique.

ARTICLE 11-2 : L'obligation du secret professionnel incombant les membres de la CDU

Conformément aux dispositions du *troisième alinéa de l'article L.1112-3 du Code de la Santé Publique*, les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par *les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal*, dont le contenu est repris ci-après :

Article 226-13

"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende."

Article 226-14

"L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire".

De façon générale, les travaux et les délibérations de la Commission Des Usagers sont couverts par une obligation de discrétion à l'égard de tous les faits et documents dont la commission a connaissance.

ARTICLE 12 : LE RAPPORT D'ACTIVITE DE LA CDU

Dans le cadre de ses missions, énoncées à l'article 1 du présent règlement intérieur, la Commission Des Usagers rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport annuel transmis au Conseil de Surveillance, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Comité Technique d'Etablissement.

Ce rapport et les conclusions du Conseil de Surveillance sont transmis au Conseil Régional de Santé et à l'Agence Régionale de Santé.

ARTICLE 13 : MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Toute modification du présent règlement intérieur est réalisée par voie d'avenant et doit être adoptée à la majorité des voix des membres plus une, hormis celles relatives à la modification de la composition nominative de ses membres.

DEUXIEME PARTIE : LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

ARTICLE 14 : LA PRISE EN COMPTE DES PLAINTES ORALES (R.1112-91)

Tout usager d'un établissement de santé doit pouvoir exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement.

En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite à la Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

ARTICLE 15 : LA RECEPTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS ECRITES PAR LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ETABLISSEMENT

ARTICLE 15-1 : La collecte des plaintes et réclamations

L'ensemble des plaintes et réclamations est adressé à Madame la Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau. Après visa de la Directrice, les plaintes et réclamations sont adressées à l'Attaché d'Administration Hospitalière Principal en charge des Affaires Juridiques et des Relations avec les Usagers, pour traitement.

ARTICLE 15-2 : L'accusé de réception

La Direction des Opérations à laquelle sont rattachées les Affaires Juridiques et les Relations avec les Usagers enregistre les plaintes et réclamations et dans les meilleurs délais, en accuse réception systématiquement en indiquant au plaignant, d'une part, qu'une enquête administrative interne est ouverte, d'autre part, qu'une proposition de rencontre avec un médiateur en présence ou non d'un Représentant des Usagers, lui sera adressée dès la fin de l'enquête.

Dans le cadre de l'enquête administrative, un retour écrit est attendu dans les meilleurs délais pour favoriser une réponse institutionnelle documentée, qui évitera une évolution péjorative de la plainte.

ARTICLE 15-3 : La réalisation de l'enquête

Le Responsable des Affaires Juridiques et Relations avec les Usagers sollicite un rapport sur les faits, au service concerné, par courrier interne, si nécessaire après échange téléphonique ou par tout autre moyen.

ARTICLE 15-4 : La transmission du rapport d'enquête

Une réponse est apportée au plaignant, à la signature du Directeur des Opérations, sur la base du rapport mentionné à l'article 15-3 ci-dessus.

A cette occasion, le plaignant est avisé de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine. Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

ARTICLE 16 : L'INTERVENTION DU OU DES MEDIEATEUR(S)

Les médiateurs mentionnés au 2° du I de l'article R. 1112-81 sont un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements *mentionnés aux II à VI de l'article R. 1112-81* ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Dans les établissements *mentionnés aux II à IV de l'article R. 1112-81*, ces nominations interviennent après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service. Aux HBT, la décision a été prise de désigner un médiateur Médecin titulaire et deux Médiateurs Médecins suppléants.

Aux termes de l'article R.1112-92 du Code de la Santé publique, modifié par le décret du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers, le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies à l'alinéa précédent.

Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médecin titulaire ou suppléant auprès de plus de trois établissements simultanément. Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

Conformément à l'*article R.1112-93*, le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans **les huit jours** suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

L'*article R.1112-94 du Code de la Santé Publique* ajoute que dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le **compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai**, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

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

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

ARTICLE 17 : L'INTERVENTION DE LA CDU

ARTICLE 17-1 : L'examen des plaintes et réclamations ne présentant pas un caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel

Lors de chaque séance de la CDU, l'Attaché d'Administration Hospitalière Principal, en charge des Affaires Juridiques et des Relations avec les Usagers présente l'ensemble des plaintes et réclamations introduites depuis la précédente réunion de la Commission, ainsi que les réponses qui y ont été apportées.

Dans les conditions prévues aux *articles R. 1112-93 et R. 1112-94*, la Commission Des Usagers examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

ARTICLE 17-2 : La formulation d'avis et recommandations

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

Dans le délai de 8 jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation. Il joint à son courrier l'avis de la commission et transmet ce même courrier aux membres de la commission.

TROISIEME PARTIE : Information sur les événements indésirables et enseignements tirés du traitement des plaintes et réclamations

ARTICLE 18 : L'information de la CDU sur les événements indésirables graves

Au moins une fois par an, la CDU est informée du nombre et de la nature des événements indésirables graves, ainsi que du résultat des analyses conduites et des actions mises en œuvre qui permettront d'éviter que le risque ne se réalise une nouvelle fois.

Ces présentations sont réalisées sous l'égide du Médecin Coordonnateur des Risques Associés aux Soins, le cas échéant, en faisant intervenir les pilotes des Comités de Retour d'Expérience (CREX Urgences, CREX Réanimation, CREX Bloc Stérilisation, CREX PUI, CREX PECM) et du Médecin Coordonnateur de la Démarche RMM.

Les CREX précités interviennent activement dans le traitement des événements indésirables et permettent d'asseoir une véritable « culture qualité – sécurité des soins ». Dans ce cadre, les professionnels de terrain sont associés de façon très étroite à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des mesures d'amélioration proposées.

ARTICLE 19 : Mise en place d'un Crex Usagers

Au titre de ses conclusions pour l'année 2018, la CDU propose la mise en place d'un Crex Usagers au sein des HBT. Ce Crex est composé de représentants des usagers et professionnels formés à la méthode ORION®.

L'objectif premier de ce Crex est d'analyser les plaintes de façon systémique, afin de proposer des réponses adaptées et documentées aux personnes formulant une plainte.

ARTICLE 20 : Retour auprès des professionnels des enseignements tirés du traitement des plaintes et réclamations

Au-delà des informations qu'elles reçoivent dans le cadre des CREX, les équipes concernées sont informées de chacune des réponses apportées aux plaintes et réclamations, que ces dernières aient ou non fait l'objet d'une analyse des causes selon une méthode appliquée par les CREX (ORION®).

L'organisation de ce retour d'information aux professionnels est décrite dans la procédure « *traitement des plaintes et réclamations adressées au Directeur d'Etablissement* » (Réf QUALIOS MGT /05/PRC/0007).



CONTRAT DE SÉJOUR

DES

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE (U.S.L.D.)

ET DES

ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES (E.H.P.A.D.)

DES

HOPITAUX DU BASSIN DE THAU
(H.B.T.)

Version 2017
Mise à jour 2021

Madame, Monsieur,

Vous allez très bientôt résider dans un des services d'hébergement pour personnes âgées des Hôpitaux du Bassin de Thau (HBT).

Afin que votre séjour se passe dans les meilleures conditions, nous vous proposons le contrat de séjour ci-joint. Il définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent. Il a été établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Le résident ne peut contrevenir aux présentes obligations, ni aux documents annexés. Vous êtes donc invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Lors de la signature, vous pouvez vous faire accompagner par la personne de votre choix. De plus, vous devez nous indiquer le nom et les coordonnées de la ou des personnes de confiance que vous aurez choisie(s) (comme prévu dans l'article L1111-6 du code de la santé publique et l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles) si vous souhaitez en désigner.

Ce contrat est remis à chaque personne et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard le jour de l'admission. Au cas où vous même, ou votre représentant légal refuseriez la signature du présent contrat, un document individuel de prise en charge sera établi tel que prévu à l'article 1 du décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et répond aux normes pour l'attribution de l'allocation logement à caractère social (A.L.S.), permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier. D'autre part, toutes les personnes hébergées peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance. Cette prestation est attribuée en fonction de critères médicaux et sociaux, et versée directement à l'établissement.

Nous vous souhaitons un bon séjour dans notre établissement.

La Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau.

SOMMAIRE

1. OBJET DU CONTRAT	p 6
2. CONDITIONS D'ADMISSION	p 6
3. PERSONNE DE CONFIANCE	p 7
4. DROIT A L'IMAGE	p 7
5. DUREE DU SEJOUR	p 8
6. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT	p 8
6.1 – Prestations d'administration générale	p 8
6.2 - Description de la chambre et du mobilier fourni par l'établissement	p 8
6.3 - Restauration	p 9
6.4 - Le linge et son entretien	p 9
6.5 - Animation	p 10
6.6 - Autres prestations	p 10
6.7 - Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne	p 11
6.8 - Liberté d'aller et de venir	p 11
6.9 - Décès dans l'établissement	p 12
7. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE	p 12
7.1 - L'équipe médicale	p 12
7.2 - L'équipe soignante	p 14
8. CONDITIONS FINANCIERES	p 14
8.1 - Frais liés à hébergement	p 14
8.2 - Frais liés à la dépendance	p 15
8.3 - Frais liés aux soins	p 16
9. REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR	p 16
10. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION	p 17
10.1 - Absences pour convenances personnelles	p 17
10.2 - Absences pour hospitalisation	p 18
10.3 - En cas de résiliation du contrat	p 18
10.4 - En cas de décès	p 18
11. RETRACTATION, REVISION ET RESILIATION DU CONTRAT	p 18
11.1 – Délai de rétractation	p 18
11.2 - Révision	p 18
11.3 - Résiliation à l'initiative du résident	p 19
11.4 - Résiliation à l'initiative de l'établissement	p 19
11.4.1. – Motifs généraux de résiliation	p 19
11.4.1.a - Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil	p 19
11.4.1.b. - Non respect du règlement de fonctionnement du présent contrat	p 20
11.4.1.c. - Incompatibilité avec la vie collective	p 20
11.4.1.d. - Résiliation pour défaut de paiement	p 20
11.4.1.e. - Résiliation pour décès	p 20
12. RESPONSABILITES RESPECTIVES	p 21
12.1 - Responsabilités civiles	p 21
12.2 - Biens et valeurs	p 21
12.2. a. - Les différents statuts des biens et valeurs	p 21
12.2. b. - Retraits (ou abandons) des biens et valeurs	p 22
13. CONDITIONS PARTICULIERES CONCERNANT CERTAINS TYPES D'HEBERGEMENTS	p 22
13.1 - L'hébergement en Accueil de Jour	p 22
13.2 - Hébergement Temporaire	p 23
13.3 - l'hébergement en Unité de Vie Protégée	p 23
14. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR	p 23
15. REGLEMENTATION DES LITIGES	p 24
PIECES JOINTES AU CONTRAT	p 25

**CONTRAT DE SÉJOUR
DES UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE (U.S.L.D.)
ET
DES ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
(E.H.P.A.D.)

DES HOPITAUX DU BASSIN DE THAU (H.B.T.)**

Dispositions générales

Le contrat de séjour tient compte des modifications introduites par la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de société au vieillissement ainsi que du décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès et de vérification pour les informations vous concernant transcrites dans le dossier informatisé du résident. Vous pouvez l'exercer auprès de l'établissement.

Le contrat de séjour réactualisé en février 2017 tient compte des compléments et modifications apportées par les textes réglementaires suivants :

Décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées,

Décret du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomes et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées,

Décret du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles,

Décret du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe du contrat de séjour au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Conformément aux dispositions de l'article L312.8 du Code de l'Action Sociale et de familles (CASF), la Directrice des HBT a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le Président du Conseil départemental de l'Hérault et le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie qui définissent les conditions de fonctionnement des EHPAD, SSIAD et accueils de jours et les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents. Les USLD des HBT restent régis par les conventions tripartites.

Les EHPAD ont réalisé des évaluations internes et externes de leur fonctionnement conformément aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF et seront soumis à la nouvelle démarche d'évaluation. Les USLD sont soumis à la certification relevant du code de la santé publique.

Ce document est validé par les Conseils de la Vie Sociale et par le Conseil de Surveillance des Hôpitaux du Bassin de Thau.

La filière gériatrique des HBT et l'Hébergement médico-social

Les Hôpitaux du Bassin de Thau disposent d'une filière gériatrique qui comprend :

- Un Court Séjour Gériatrique de 29 lits à l'Hôpital Saint Clair à Sète et 10 lits à l'Hôpital Saint Loup
- Une Equipe Mobile de Gériatrie
- Un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) « gériatrique » de 37 places aux Pergolines à Sète
- Un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) polyvalent de 23 places aux Pergolines à Sète
- Un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) polyvalent de 15 places à l'Hôpital Saint Loup à Agde
- Une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 55 places aux Pergolines à Sète
- Une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 35 places à l'Hôpital Saint Loup à Agde
- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 140 places aux Pergolines à Sète
- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD Claude GOUDET) de 92 places à Marseillan, dont un pôle d'activités et de soins adaptés
- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD Laurent ANTOINE) de 64 places à Agde dont 2 places d'Hébergement Temporaire et 2 places d'hébergement temporaire relais-urgence
- Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD L'Estagnol) de 60 places à Vias dont 4 places d'Hébergement Temporaire
- Un Accueil de Jour de 10 places à l'EHPAD Claude GOUDET à Marseillan
- Un Accueil de Jour de 10 places à l'EHPAD l'Estagnol à Vias
- Un Service de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD) à Agde
- Des Consultations Mémoire aux Pergolines à Sète, à l'Hôpital Saint Loup à Agde, à l'Hôpital Saint Clair à Sète
- Une Consultation Gériatrique l'Hôpital Saint Loup à Agde

L'ensemble de ses services disposent des moyens sanitaires et médico-techniques des HBT : équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de géro-psycho, ...

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

Les Hôpitaux du Bassin de Thau

Pour l'EHPAD ou l'USLD

Adresse.....

N° de Téléphone.....

Représentés par son directeur ou son représentant.

Et d'autre part,

Mme ou Mr

(Indiquer nom et prénom)

Né(e) le à

Dénommé(e) le/la résident(e), dans le présent document.

Le cas échéant, représenté par

Mr ou Mme

(Indiquer nom, prénom),

Né(e) le à

Eventuellement, lien de parenté :

Ou référent familial :

(Préciser : Tuteur ou curateur : Joindre la photocopie du jugement)

Dénommé(e) le représentant légal

Pour un séjour dans la chambre

N°..... à l'EHPAD/ USLD

À partir du :.....

Il est convenu ce qui suit.

Article 1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat de séjour a pour objet de déterminer les objectifs, la nature de la prise en charge du résident et de fixer les prestations offertes ainsi que leur modes de financements.

Article 2. CONDITIONS D'ADMISSION

L'établissement accueille les personnes seules ou en couple, âgées d'au moins 60 ans. Il peut recevoir des personnes de moins de 60 ans sous conditions particulières.

L'admission est prononcée par la Directrice de l'établissement après avis du Médecin coordonnateur qui évalue le niveau de dépendance du résident et son orientation vers l'unité adaptée à ses besoins.

Les admissions peuvent être définies pour une durée déterminée (hébergement temporaire) standard ou pour des motifs urgents (Hébergement temporaire relais), pour une durée indéterminée, nécessitant un secteur protégé, un PASA ou non.

Pour les hébergements temporaires relais et le PASA des avenants au contrat de séjour sont prévus.

Certaines conditions font l'objet d'une attention particulière lors de l'examen la demande d'admission, telles que :

- le risque majeur identifié de sortie à l'insu du service selon l'EHPAD ou l'USLD des HBT concerné par le présent contrat,
- la compatibilité avec la vie collective.

Les documents à fournir pour l'admission sont (hors admission temporaire relais où la demande d'admission est simplifiée) :

- nom, prénom, adresse et coordonnées de la personne âgée concernée par l'admission ;
- la copie du livret de famille dans sa totalité, un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales ou une copie de la carte nationale d'identité ;
- la copie de l'attestation de droit à la sécurité sociale et la carte vitale ;
- une attestation d'assurance responsabilité civile et d'assurance en responsabilité des dommages aux biens ;
- 4 photos d'identité récentes ;
- une copie de l'avis d'imposition ou de non imposition de l'année précédente, taxes foncières et taxes d'habitation ;
- formulaire "droit à l'image" joint en annexe complété ;
- la carte de mutuelle en cours de validité ;
- la copie de l'ordonnance ou jugement de mise sous protection légale prononcée par le Juge des Tutelles (en cas de mesure de protection) ;
- la copie de la carte d'ancien combattant ;
- la copie de la carte d'invalidité ;
- un relevé d'identité bancaire, d'épargne ou postal ;
- les relevés bancaires des trois derniers mois ;

- le relevé des capitaux actualisés (assurance vie, compte épargne, livret de développement durable, PEL, revenus de capitaux mobiliers...) (à faire remplir par les banques) ;
- un état des crédits et des dettes en cours ;
- tableau récapitulatif des obligés alimentaires, formulaire fournit par l'établissement ;
- attestation sur l'honneur des obligés alimentaires faisant ressortir la volonté de se prêter à l'enquête pour l'attribution de l'aide sociale, formulaire fournit par l'établissement ;
- attestation de solde de tout compte en cas de mutation d'un autre établissement ;
- la copie du jugement du Juge aux Affaires Familiales s'il y a une fixation d'obligation alimentaire au conjoint, aux enfants et/ou petits enfants ;
- une copie de la déclaration de revenus de l'année ;
- les relevés annuels de caisses de retraite ;
- une copie des rentes, allocations diverses, autres revenus annexes ;
- si vous percevez une allocation logement, fournir l'attestation de droits de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ;
- si vous êtes locataire, fournir les quittances de loyer des trois derniers mois ;
- si vous êtes propriétaire, fournir les actes notariés des biens immobiliers ;
- si vous êtes logé gracieusement, fournir une attestation sur l'honneur de la personne qui vous héberge ;
- si vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à Domicile, fournir la notification de cette allocation ;
- Les documents "engagements de paiements", "personne désignée par le résident" et le "tableau récapitulatif des obligés alimentaires" joints en annexes complétés ;
- Le document "réfèrent familial" joint en annexe complété.

A noter que la carte d'immatriculation à une mutuelle complémentaire et l'attestation d'assurance sont à fournir tous les ans.

Article 3. PERSONNE DE CONFIANCE

Le résident peut désigner une personne de confiance pour l'accompagner dans sa prise en charge médico-sociale et l'aider pour la compréhension de ses droits.

Cette désignation peut concerner également la personne de confiance au sens de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, intervenant lors d'une prise en charge par le système de santé, notamment en cas d'hospitalisation.

L'ensemble des formulaires de désignation, de révocation ou encore à destination des témoins dans le cas où une personne serait dans l'impossibilité physique de remplir le formulaire classique, sont annexé au contrat de séjour.

A cet effet une notice d'information a été remise au résident (annexée au livret d'accueil), ou le cas échéant son représentant légal.

Article 4. DROIT A L'IMAGE

Le Code Civil, dans son article 9, garantit le droit au respect de la vie privée de chacun.

L'établissement peut être amené à effectuer des prises de vues (photos et vidéos) et de sons dans le cadre des activités d'animation et de communication institutionnelle. Les résidents concernés seront informés du choix d'effectuer ces prises de vue ou de sons.

Tout résident refusant les prises de vues, de sons et les publications le concernant devra le préciser explicitement, soit lors de la signature du contrat de séjour, soit par la suite si lui ou son représentant estime que son état physique ou mental s'est dégradé depuis son entrée et qu'il ne souhaite pas ou plus que cette « nouvelle » image de lui soit diffusée. Il devra alors en informer l'établissement par un écrit signé.

Article 5. DURÉE DU SÉJOUR

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter de la date d'entrée dans l'établissement indiquée au présent contrat.

La date d'entrée du résident est fixée d'un commun accord par les deux parties. Elle correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le résident décide de s'installer à une date ultérieure.

Article 6. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le règlement de fonctionnement et remis au résident ou à son représentant légal avec le présent contrat.

Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement fera l'objet d'un avenant au règlement de fonctionnement et sera porté à la connaissance du résident ou de son représentant légal.

- 6.1 Prestations d'administration générale

La gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale sont inclus dans le prix de journée.

Sont également inclus :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

- 6.2 : Description de la chambre et du mobilier fourni par l'établissement

Il est mis à disposition de la personne hébergée une chambre individuelle / double, les locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD.

La chambre est dotée des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone. L'abonnement et les communications téléphoniques ainsi que la redevance TV sont à la charge du résident.

Des changements de chambre peuvent être proposés au regard des contraintes médicales ou pendant les périodes de travaux.

L'établissement permet l'accès de la personne hébergée aux moyens de communication, y compris internet, au moins dans une partie de l'établissement.

A la demande de l'établissement ou du résident, un état des lieux contradictoire écrit est dressé à l'entrée et est annexé au contrat de séjour.

L'établissement assure toutes les tâches de ménage et les petites réparations, réalisables par le personnel de la structure.

La chambre est meublée par l'établissement. Il est néanmoins possible et conseillé de la personnaliser (bibelots, photos, ...) d'une manière compatible avec l'état de santé du résident, la superficie affectée, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résident que pour le personnel et les visiteurs. **Il est interdit** d'installer des équipements électriques sans l'accord préalable de la Direction de l'établissement, laquelle pourra exiger la fourniture des certificats de conformité aux normes de sécurité en vigueur.

Toutefois, les dégradations faites par le résident et ne participant pas d'un usage normal des locaux pourront engager sa responsabilité.

La personne hébergée a accès à une salle de bain individuelle / collective comprenant à minima un lavabo, une douche et des toilettes.

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau est à la charge de l'établissement.

Les communications téléphoniques et informatiques sont à la charge du résident.

- 6.3 : Restauration

L'établissement assure la fourniture de tous les repas (petit déjeuner, déjeuner, collations, goûter, dîner) et, le cas échéant, une collation nocturne.

Les petits déjeuners sont pris en chambre ou en salle à manger selon l'établissement. Les autres repas (déjeuner, goûter, dîner) sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé du résident ou les besoins du service nécessitent qu'ils soient pris en chambre.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte. Le résident peut également solliciter la diététicienne pour des conseils.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner. Le prix du repas est fixé par le Directeur et communiqué aux intéressés et fait l'objet d'une information par voie d'affichage.

- 6.4 : Le linge et son entretien

Avant l'admission, la liste détaillant la composition du trousseau nécessaire à la vie dans l'établissement est remise au résident ou à son représentant légal (voir annexe). Les consignes de marquage du linge et les recommandations concernant le choix des textiles sont détaillés en annexe.

Le linge du résident doit être renouvelé aussi souvent que nécessaire. Le renouvellement du linge est à la charge du résident ou de son représentant légal.

Le linge de maison (draps, taies d'oreiller, couvertures, serviettes de toilette, serviettes de table, ...) est fourni et entretenu par l'établissement.

Les familles peuvent prendre en charge le nettoyage des effets personnels des résidents ou choisir de les confier à la blanchisserie des HBT qui les entretiendra. Les frais liés au traitement du linge sont compris dans le prix de journée, l'entretien par la famille ne faisant pas l'objet d'une minoration du tarif.

Le linge entretenu par l'établissement et ayant subi dans ce cadre une détérioration importante peut selon la situation et sur rapport circonstancié être remplacé sur présentation de la facture de l'achat ; ce renouvellement étant couvert par l'assurance de l'établissement.

- 6.5 : Animation

Les activités d'animation visent au maintien du lien social, elles sont proposées en fonction des goûts exprimés par les résidents qui sont libres d'y participer en fonction de ses souhaits.

Des actions d'animation sont régulièrement organisées par l'établissement. Elles ne font pas l'objet de facturations supplémentaires.

Des activités ponctuelles et des sorties sur une journée ou une demi-journée sont aussi proposées. Les dépenses personnelles des résidents lors de ces sorties ne sont pas prises en charges par l'établissement.

Des bénévoles peuvent participer à l'organisation d'activités d'animation. Ils doivent alors être membre d'une association qui a passé une convention avec les HBT et qui a signé la *Charte des bénévoles*.

Des prestations ponctuelles d'animation pourront donner lieu à facturation, s'il y a lieu (sorties, voyages, ...). Dans ce cas, elles seront signalées au cas par cas et les conditions financières de participation seront explicitées et devront être réglées directement par le résident ou son représentant légal.

Une association des résidents et de leur famille existe dans chaque établissement et participe activement aux activités d'animations de celui-ci.

- 6.6 : Autres prestations

Les dispositifs liés à l'incontinence sont fournis par l'établissement et mis en œuvre selon des protocoles stricts. Il n'intègre pas les produits d'hygiène d'usage courant.

Les fournitures de petits objets et produits de toilette et d'hygiène (dentifrice, brosse à dent, peigne, ...) sont à la charge du résident.

Le résident pourra bénéficier des services supplémentaires qu'il aura choisi tels que : coiffeur, esthéticienne, pédicure (hors prescription médicale)... Il en assurera directement le règlement.

Un local est spécialement aménagé pour ce type de prestation et mis à disposition dans chaque établissement.

Les animaux sont tolérés ou admis dans l'établissement. Le résident peut recevoir la visite de son animal de compagnie de manière ponctuelle, dans la mesure où la présence de celui-ci n'induit pas de nuisances pour les autres résidents et que l'animal soit à jour de ses vaccinations. Les animaux ne sont pas admis dans les espaces privés des autres résidents, ni dans les zones de soins et de repas.

Dans le cadre de projets d'animation, l'établissement peut accueillir de façon ponctuelle ou permanente des animaux.

- 6.7 : Les aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

L'établissement accompagnera le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie en recherchant la participation de celui-ci chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir ou de maintenir le plus haut niveau possible d'autonomie.

Les aides qui peuvent être apportées au résident concernent la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage, ...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie. Ces aides sont assurées par les personnels spécialisés du service et mis en œuvre en fonction de l'état de santé du résident.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement, notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge de la personne hébergée et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

Dans l'hypothèse où l'accompagnant ne peut pas se déplacer, la personne pourra être conduite, soit en véhicule sanitaire léger (si son état le permet), soit en ambulance à ses frais et sur prescription médicale.

Les transports sanitaires sont à la charge du résident et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir organiser le déplacement du résident.

Une évaluation régulière des capacités d'autonomie de chaque résident est organisée en équipe pluridisciplinaire. Cette évaluation du degré de dépendance permet d'établir le GIR de chaque résident et d'adapter son projet de vie au sein de l'établissement en tenant compte des ses besoins et de ses souhaits.

- 6.8. Liberté d'aller et de venir

La liberté d'aller et de venir est un droit inaliénable fondamental de la personne humaine. De ce fait, aucune restriction à la liberté d'aller et de venir, dans et hors de l'établissement, ne peut être appliquée pendant la durée de séjour sauf celle justifiée par les nécessités de la prise en charge médicale et paramédicale et les règles de vie collective consenties à l'entrée dans l'établissement. Aussi, la sortie individuelle des personnes qui le peuvent, seules ou prises en charge par leur entourage ou des bénévoles, ne doit pas nécessiter une autorisation médicale préalable mais respecter seulement un devoir d'information de l'équipe soignante sauf contre indication motivée et explicite du médecin.

Les mesures individuelles visant à assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et à promouvoir l'exercice de sa liberté d'aller et venir font l'objet d'une annexe au contrat de séjour, tel que défini par le décret du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Ces mesures peuvent concerner en particulier la circulation dans l'établissement, l'accès aux terrasses et jardins et les sorties en dehors de l'établissement,

La ou les mesures de restriction de liberté sont prescrites par le médecin coordonnateur, à défaut le médecin traitant, après examen du résident. Autant que de besoin il est préalablement procédé à une évaluation pluridisciplinaire par l'équipe médico-sociale des bénéfices –risques des mesures envisagées. L'évaluation est conservée dans le dossier médical du résident.

Sur proposition du médecin coordonnateur ou à défaut le médecin traitant, le directeur d'établissement ou la personne qu'il désigne, arrête le projet d'annexe.

La procédure de signature de l'annexe est conforme aux dispositions réglementaires précisant l'observation d'un délai de 15 jours minimum avant réalisation d'un entretien avec le médecin coordonnateur et le directeur ou son représentant, sauf cas de force majeure.

- 6.9. Décès dans l'établissement

En cas de décès survenu dans l'établissement, les coûts de préparation et de présentation du défunt relèvent d'une entreprise de pompe funèbre librement choisie par le résident ou sa famille.

Article 7. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

L'établissement assure une permanence des soins 24h/24h : appel malade, personnel qualifié de nuit, astreinte infirmière et médicale la nuit.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale, ainsi qu'à la prise en charge des soins figurent dans le règlement de fonctionnement remis au résident à son admission.

L'établissement a opté pour l'option du forfait global dans le cadre de ses relations avec l'Assurance Maladie. En conséquence, les frais induits par les soins des médecins libéraux, des paramédicaux et par les soins infirmiers font partie des frais de séjour.

Les mesures médicales et thérapeutiques adoptées par les instances compétentes figurent au dossier médical de la personne prise en charge.

- 7-1 : L'équipe médicale

Le médecin hospitalier responsable de la structure est chargé (médecin coordonnateur pour les EHPAD) :

- des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement.

- du projet de soins : le médecin gériatre est responsable de son élaboration et de sa mise en œuvre. Il assure la coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent dans l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services de soins infirmiers à domicile, ...

- de l'organisation de la permanence des soins : le médecin responsable du service, en lien avec le directeur et les autorités compétentes, doit s'assurer qu'il existe une réponse aux besoins médicaux des résidents, sous la forme d'une permanence des soins, notamment la nuit et le week-end.

- de l'évaluation des soins :

Le dossier médical : Il est élaboré par le médecin gériatre, il contient au minimum des données sur les motifs d'entrée et de sortie, les pathologies, la dépendance, les comptes-rendus d'hospitalisation.

Le dossier de soins infirmiers : Le médecin gériatre participe à son élaboration avec le cadre de santé ou l'infirmier. Ce dossier inclut les grilles d'évaluation de la dépendance (grille AGGIR).

Les médicaments : le médecin chef de service et le pharmacien élaborent une liste type de médicaments pour l'établissement. Il s'agit d'éviter les effets iatrogènes, c'est-à-dire les prises de médicaments trop nombreuses qui entraînent une annulation des effets escomptés et peuvent conduire à l'apparition de nouveaux symptômes.

Le rapport d'activité médicale annuel : les médecins chefs de service de la gériatrie rédigent chaque année ce rapport qui contient des éléments relatifs à la dépendance, aux pathologies et à l'évaluation des pratiques de soins.

L'information et la formation : le médecin gériatre participe à la sensibilisation à la gériatrie des médecins généralistes et spécialistes, des personnels paramédicaux libéraux ou du personnel de la structure.

Le suivi médical est organisé en tant que besoin en concertation permanente avec l'équipe paramédicale. Il permet de réévaluer régulièrement la personne tant sur le plan de son autonomie (Grille AGGIR) que sur le plan de ses pathologies (Grille PATHOS).

Les prises en charge médicale et paramédicale ont pour but de préserver et de stimuler aussi longtemps que possible les capacités de la personne tant physiques que psychiques. Elle prend en compte ses attentes et ses besoins (et ceux de sa famille) dans un souci éthique du respect de ses droits.

Les transferts de chambre, d'unité ou de structure pour des raisons médicales ou de sécurité ne pourront s'effectuer que sur décision du médecin responsable et après avis du résident ou de son représentant légal. Son refus sera assimilé à un refus de soins.

- 7.2. L'équipe soignante

Les soins paramédicaux sont assurés par les équipes soignantes (infirmières, aides soignantes) formées à la prise en charge spécifique des personnes âgées. L'ensemble de ces personnels est placé sous la responsabilité d'un cadre de santé et supervisé par un cadre supérieur de santé.

L'établissement s'inscrit dans une démarche qualité pour permettre une amélioration constante de la prise en charge des résidents : évaluations interne et externe, groupe de travail sur la douleur, sur les chutes, ...

Les résidents en fin de vie et leurs familles peuvent bénéficier du soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'établissement.

Article 8. CONDITIONS FINANCIERES

L'établissement est soumis aux règles du Code de l'Action Sociale et de la Famille pour l'EHPAD et Code de la santé publique pour l'USLD ainsi qu'aux règles de la comptabilité publique.

L'établissement a signé un Contrat Pluriannuels d'Objectif et de Moyens en février 2020 avec le Président du Conseil Départemental et le Directeur de l'Agence régionale de santé pour les EHPAD et le SSIAD des HBT. Les conventions tripartites demeurent pour les USLD. De plus, l'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Ses tarifs sont arrêtés annuellement par :

- Le Président du Conseil départemental de l'Hérault pour les tarifs d'hébergement et de dépendance
- Le directeur général de L'Agence Régionale de Santé Occitanie pour le forfait soins.

Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge. Elles sont portées à leurs connaissances par voie d'affichage et communiquées au Conseil de la Vie Sociale.

- 8.1 : Frais liés à l'Hébergement

Le tarif de la journée d'hébergement est révisé au moins chaque année par le Conseil départemental.

A chaque changement, il est communiqué aux résidents et à leurs représentants légaux par voie d'affichage au bureau des admissions.

Dans le cadre d'un hébergement permanent, un dépôt de garantie est demandé lors de l'entrée dans l'établissement, à hauteur de 1000 € pour les résidents qui ne relèvent pas de l'aide sociale. Le dépôt de garantie est restitué à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier.

Le tarif de la journée d'hébergement comprend, tel que le prévoit la réglementation, les charges hôtelières et générales indépendamment du niveau de dépendance ou de l'état de santé du résident, notamment :

- Les prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage, d'animation de la vie sociale tels que décrites à l'article 5,
- Les assurances et les charges d'investissement (remboursement d'emprunt, amortissements,...),
- Les charges de personnels qui en découlent : administration, personnel d'entretien, de blanchisserie, de restauration et de ménage et le personnel d'animation.

Le prix de journée est facturé mensuellement et à terme à échoir (paiement en début de mois) pour les personnes ne relevant pas de l'aide sociale, selon le tarif en vigueur. Une régularisation est effectuée en cours d'année suite à la réception de l'arrêté du Conseil départemental qui fixe les nouveaux tarifs de l'année en cours conformément à l'article L314-35 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Le paiement est effectué auprès du Trésor Public, comptable de l'établissement, à réception de la facture.

Une régularisation pourra également être faite le mois suivant dans l'hypothèse où le résident aurait été hospitalisé ou absent durant le mois concerné par la facturation.

Les ressources des résidents bénéficiaires de l'aide sociale sont confiées au Trésor Public qui en reverse 90% au Conseil départemental. Les 10% restants constituent l'argent de poche, sans pouvoir être inférieur à 1% du minimum vieillesse annuelle.

- 8.2 : Frais liés à la dépendance

Trois tarifs dépendance sont arrêtés annuellement par le président du Conseil départemental par niveau de dépendance : GIR1-2 ; GIR 3-4 ; GIR 5-6. Ces tarifs sont communiqués par voie d'affichage au bureau des admissions.

Le niveau de dépendance est évalué par le médecin coordonnateur pour chaque résident après son entrée, puis une fois par an.

Le tarif de dépendance est acquitté par le résident mais peut être couvert pour partie par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) attribuée par le Conseil départemental pour les résidents classés dans les GIR 1 à 4 et en fonction de leurs ressources. Pour les résidents de bénéficiant de l'APA attribuée par le Conseil départemental de l'Hérault, cette allocation est directement versée à l'établissement.

Les conditions d'attribution et de versement des prestations sont variables car chaque département dispose de son propre règlement d'aide sociale.

Le reste à charge des résidents fait l'objet d'une facturation assurée dans les mêmes conditions que celle liée aux frais liés à l'hébergement.

Le tarif dépendance comprend, tel que le prévoit la réglementation, les charges induites par le niveau de dépendance du résident :

- Une partie des frais de blanchissage et d'entretien : personnel, matériel, produits, énergie, ...
- Une partie des frais de personnels qui apportent leur aide aux résidents dans les actes de la vie quotidienne
- Les fournitures d'incontinence (hors produits d'hygiène courant).

- 8.3. Frais liés aux Soins

L'établissement a opté pour l'option tarifaire globale. Il assure le paiement des rémunérations versées aux médecins libéraux et aux auxiliaires médicaux libéraux, la fourniture des médicaments (sauf molécules onéreuses), certains examens de radiologie, de biologie et le matériel médical prévu par la réglementation en vigueur (lits médicalisés, matelas anti-escarres, ...).

Ces dépenses sont couvertes par une dotation versée par l'Assurance Maladie directement à l'établissement.

Cette dotation ne prend pas en charge :

- les frais liés à une hospitalisation dans un autre service de l'établissement ou dans un autre établissement public ou privé y compris les frais de transports sanitaires. A cet égard il est recommandé au résident de conserver une assurance complémentaire santé.
- Les frais de consultation d'un personnel médical ou paramédical extérieur à l'établissement non prescrit par le médecin gériatre du service. **Attention : Ces frais ne seront pas remboursés par la sécurité sociale.**
- Les consultations de spécialistes notamment de dentiste, d'ophtalmologiste et de dermatologue.
- Les soins de prothèses dentaires ou auditives et les lunettes.

Dans le cas présent, l'option tarifaire globale dispense le résident de toute avance de frais pour les interventions médicales, l'établissement ayant la charge de l'organisation des soins médicaux.

Article 9. REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

Les frais de séjour (tarifs hébergement et dépendance) sont à la charge du résident. Un engagement à payer est signé par le résident ou son représentant légal à son entrée dans l'établissement (voir annexe).

Si un résident éprouve des difficultés financières, des mesures légales peuvent l'aider :

- il peut solliciter, selon les dispositions du Code Civil, la participation de ses obligés alimentaires (enfants, parents, ...). La quote-part de chaque obligé alimentaire aux frais de séjour peut être déterminée à l'amiable entre les obligés ou par le Juge des Affaires Familiales qui peut être saisi par l'un des obligés alimentaires ou le service des majeurs protégés si le résident est sous tutelle. La liste des obligés alimentaires compléter figure en annexe.

- Il peut faire une demande d'aide sociale auprès du Conseil départemental du département de son domicile précédent son entrée dans établissement avec l'aide de l'agent administratif du bureau des admissions.

L'aide sociale peut être demandée dès l'entrée ou en cours de séjour. La demande est à opérer auprès du bureau des admissions qui indiquera les formalités à accomplir. Les modalités de prise en charge sont déterminées par le règlement départemental d'aide sociale.

Le résident qui bénéficie d'une aide sociale doit reverser chaque trimestre 90% de ses retraites et pensions et de la totalité de l'allocation logement perçues auprès de Monsieur le Trésorier des Hôpitaux du Bassin de Thau. Il lui sera laissé à disposition 10% au titre de l' « argent de poche ».

En cas de refus d'aide sociale par le Conseil départemental, il sera demandé au résident et/ou aux obligés alimentaires le paiement de l'intégralité du tarif d'hébergement et du ticket modérateur du forfait dépendance dû pour le séjour du résident depuis sa date d'entrée dans l'établissement, déduction faite des sommes déjà versées au titre des pensions, retraites et allocation logement. L'établissement est susceptible de saisir le Juge des Affaires Familiales afin de fixer le montant mis à la charge des obligés alimentaires, si la demande d'aide sociale est rejetée et/ou si aucun accord amiable n'est trouvé par les membres de la famille appelés à participer aux frais d'hébergement.

Les frais de séjours (tarif hébergement et dépendance) sont payables mensuellement à terme à échoir par le résident, son représentant légal et/ou ses obligés alimentaires, dès réception de la facture (celle-ci étant adressée avant la fin du mois précédent le mois concerné ou au plus tard dans les cinq premiers jours du mois concerné).

Le paiement s'effectue par différents moyens :

- En numéraire à hauteur de 300 euros maximum ou par chèque directement libellé à l'attention de Monsieur le Trésorier des HBT ;
- Par prélèvement automatique à compter du 1^{er} février 2017 ;
- Par carte bancaire sur internet (paiement sécurisé – TIPI).

Tout retard de paiement fait l'objet de poursuites diligentées par le Trésorier, comptable de l'établissement, chargé du recouvrement de la facturation.

Les conditions de facturation pourront être modifiées, dans le cas où l'Assemblée Départementale modifierait le Règlement Départemental d'Aide Sociale.

Article 10. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

D'une façon générale, le résident peut s'absenter de la structure pour convenance personnelle sauf contre indication médicale. Il doit informer le Cadre soignant du service de ses absences au minimum 48h à l'avance.

- 10.1 : Absences pour convenances personnelles

- Absences inférieures à 72 heures :

Pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale allouée par le Conseil départemental de l'Hérault, aucune modification n'est apportée à la tarification.

Pour les autres résidents, le tarif d'hébergement est facturé en totalité. Le tarif dépendance n'est plus facturé aux résidents payants.

- Absences supérieures à 72 heures :

Le tarif hébergement est minoré du « forfait hospitalier » à compter du 4^{ème} jour d'absence dont le montant est déterminé par arrêté ministériel, pendant toute la durée de l'absence.

Pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale allouée par le Conseil départemental de l'Hérault, le tarif dépendance d'hébergement continu à leur être facturé.

Pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale allouée par le Conseil départemental d'un autre département, la tarification varie selon le règlement départemental de l'aide sociale de celui-ci.

Pour les résidents payants, le tarif dépendance n'est plus facturé.

L'APA continue à être perçue par l'établissement jusqu'à 30 jours d'absence.

En cas d'absence cumulée pour convenances personnelles inférieure à 5 semaines par an, le résident conserve sa chambre.

Au delà de 5 semaines d'absences cumulées pour convenances personnelles par an, le résident conserve sa chambre et la totalité des frais d'hébergement et de dépendance lui sont facturés.

- 10.2 : Absences pour hospitalisation

Idem 9.1 : absence pour convenances personnelles

- 10.3 : En cas de résiliation du contrat

En cas de départ volontaire du résident, le jour de départ n'est pas facturé.

- 10.4 : En cas de décès

Le tarif d'hébergement et le tarif dépendance sont facturés en totalité le jour du décès.

Dans le cas particulier où des scellés seraient apposés sur la chambre, la période ainsi concernée donnerait lieu à facturation prévue jusqu'à la libération du logement.

Les conditions de facturation pourront être modifiées, dans le cas où l'Assemblée Départementale modifierait le Règlement Départemental d'Aide Sociale.

Article 11. RETRACTATION, RÉVISION ET RÉILIATION DU CONTRAT

-11.1 : Délai de rétractation

Conformément à l'article L. 311-4-1 du CASF, la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

- 11.2 : Révision

Les changements des termes initiaux du contrat font l'objet d'avenants ou de modifications conclus dans les mêmes conditions.

- 11.3 Résiliation à l'initiative du résident

A l'initiative du résident ou de son représentant, le présent contrat peut être résilié à tout moment.

Une notification en est faite à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement.

La chambre est libérée au plus tard à la date prévue pour le départ et la facturation sera effectuée jusqu'à cette date.

- 11. 4 : Résiliation à l'initiative de l'établissement

11.4.1 : Motifs généraux de résiliation

La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants ¹ :

- En cas d'inexécution par la personne hébergée d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne hébergée ;
- En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;
- Dans le cas où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.
- Le gestionnaire de l'établissement peut résilier le contrat de séjour dans l'un des cas susmentionnés sous réserve d'un délai de préavis d'un mois.

a. Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées et le médecin traitant.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre est libérée dans un délai de trente jours.

En cas d'urgence, le Directeur de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception.

¹Conformément à l'Article L311-4-1

La chambre est libérée dans un délai de 30 jours après notification de la décision.

b. Non-respect du règlement de fonctionnement, du présent contrat

Le non respect du règlement de fonctionnement ainsi que du contrat de séjour entraînera la résiliation du présent contrat avec un préavis de 30 jours.

c. Incompatibilité avec la vie collective

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le responsable de l'établissement et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal.

En cas d'échec de cet entretien, le Directeur décide de la résiliation du contrat. Cette décision est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.

La chambre est libérée dans un délai d'un mois après la date de notification de la décision.

d. Résiliation pour défaut de paiement

Lorsque le résident a un retard de paiement supérieur ou égal à 3 mois, l'établissement le met en demeure de régulariser sa situation par lettre recommandée avec accusé de réception.

En l'absence de règlement dans un délai de 30 jours suivant la notification de régularisation ou de présentation au comptable de l'établissement pour évaluation de justificatifs précis permettant d'obtenir un délais de paiement supplémentaire, le contrat est résilié de plein droit.

Le résident dispose alors d'un délai de 8 jours pour quitter les lieux.

L'établissement reste habilité à utiliser tout moyen à sa convenance pour récupérer les sommes dues.

e. Résiliation pour décès

Le représentant légal et les référents éventuellement désignés par le résident sont immédiatement informés par tous les moyens (téléphone, mail, télégramme...) et, éventuellement en dernier ressort, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les formalités liées aux obsèques sont à la charge de la famille.

En l'absence de famille, le Directeur de l'établissement ou la personne mandatée par le gestionnaire de l'établissement s'engage à mettre tout en œuvre pour respecter les volontés exprimées et remises par écrit.

Dans l'hypothèse où un contrat d'obsèques aurait été établi par le résident, le nom de la société de pompes funèbres sera détenu par le service de soins dans son dossier administratif personnel. Suite au décès du résident, l'établissement avertira l'entreprise désignée dans le contrat.

La chambre est libérée dans un délai maximum de 3 jours, sauf cas particulier de scellés, à compter de la date du décès. Au-delà, la direction pourra procéder à une libération de la chambre.

Le présent contrat est automatiquement résilié après le décès du résident.

Article 12. RESPONSABILITES RESPECTIVES

- 12.1. Responsabilités civiles

En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Les règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée (défaut de surveillance, ...).

Dans ce cadre, l'assurance de l'établissement couvre la responsabilité civile personnelle encourue par la personne âgée de son propre fait, du fait du matériel ou mobilier qu'elle peut détenir dans les locaux, pour les dommages causés aux tiers dans l'enceinte et à l'extérieur de l'établissement (sorties organisées, fugues, ...). Demeurent exclus, les dommages subis ou causés aux conjoints, ascendants ou descendants, ou du fait du patrimoine personnel du pensionnaire, en cas de sortie libre ou pour convenance personnelle.

- 12.2. : Biens et Valeurs

- a : Les différents statuts des biens et valeurs

Les biens et valeurs relèvent de trois statuts :

- Les valeurs déposées

Il est recommandé aux résidents de ne pas conserver de bijoux, de valeurs, ni des sommes d'argent importantes. Ces valeurs peuvent être déposées auprès du régisseur de dépôt contre remise d'un récépissé.

- Les biens déclarés et conservés par le résident ou dépôt feint

Les biens appartenant aux résidents (téléviseur, magnétoscope, poste de radio et « petits meubles ») sont inscrits à l'entrée de la structure sur une fiche d'inventaire ; chaque modification, ajout ou retrait déclaré au Cadre du service par la famille ou le résident devra faire l'objet d'un avenant.

Les objets devront être marqués ou « tatoués » au nom du résident par ce dernier, sa famille ou le représentant légal. A défaut, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée.

L'inscription sur une liste d'inventaire peut être refusée par l'Etablissement : incompatibilité avec les règles de sécurité, volume du meuble, valeur excessive du bien, ...

- Les valeurs ou biens qui ne sont ni déposés, ni déclarés, mais conservés

L'argent de poche relève de cet alinéa. En cas de perte ou de vol, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée.

- b. Retraits (ou abandons) des biens et valeurs

Sauf mandat, les valeurs ne peuvent être retirées que par leur propriétaire, tant pour un retrait partiel que pour un retrait global. En cas d'impossibilité (hospitalisation, succession, ...), un inventaire des valeurs et biens sera réalisé en présence de témoins qui peuvent être membres du personnel de la structure ou membres de la famille. Des procédures de retrait ont été élaborées au sein de l'établissement.

La fiche d'information sur les biens déposés dans l'établissement est présentée en annexe. Elle indique la liste des objets déposables, les conditions de dépôts et de retrait de ces objets.

Le résident est couvert par l'assurance de l'établissement au titre de l'assurance des biens et objets personnels.

Le résident et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

Article 13. CONDITIONS PARTICULIERES CONCERNANT CERTAINS TYPES D'HEBERGEMENTS

- 13.1. L'hébergement en Accueil de Jour

Les HBT disposent d'accueils de jours dans les EHPAD Claude Goudet à Marseillan et L'Estagnol à Vias.

Ce sont des hébergements programmés à dates arrêtées. Le respect des dates d'engagement ainsi que les horaires (entrée, sortie) est une nécessité afin d'assurer le bon fonctionnement de ces accueils.

La facturation des journées passées en accueil de jour comprend 2 volets : un volet hébergement et un volet dépendance.

Les résidents en accueil de jour peuvent bénéficier de l'aide social uniquement. Dans ce cas une allocation peut leur être attribuée par le Conseil départemental en fonction de leurs ressources. Pour une durée qui ne peut excéder 120 jours par période de 365 jours. Le montant dû restant reste à charge du résident.

Les résidents en accueil de jour peuvent bénéficier de l'APA uniquement. Dans ce cas ils peuvent bénéficier d'un quota mensuel de jour pris en charge totalement ou partiellement par le Conseil départemental en fonction de leurs ressources. Le montant dû restant est à charge du résident.

Certains résidents pourront cumuler les 2 prestations.

Enfin, pour les résidents dépendant d'un autre Conseil départemental, les prises en charges dépendent alors du règlement intérieur de l'aide sociale du département concerné.

Les modalités de facturation sont semblables à celle de l'hébergement complet.

En cours des séjours, les établissements se réservent le droit de mettre fin au contrat ou d'en renégocier les modalités, en fonction de l'état de santé et du comportement du résident. Cette mesure exceptionnelle sera réalisée sur la base d'une évaluation médico-soignante mettant en évidence des troubles de comportement incompatibles avec les missions et prises en soins du service ou certaines limites architecturales.

- 13.2. Hébergement Temporaire

Les EHPAD des HBT bénéficient d'hébergement temporaire pour une durée maximum de 90 jours par an.

Le tarif de ces hébergements est le même que celui des hébergements à temps complet.

Pour les résidents qui peuvent bénéficier d'allocations de prise en charge par Conseil départemental, celui-ci en définit les règles au cas par cas en fonction des ressources du résident. Le montant dû restant est à charge du résident.

En cours des séjours, les établissements se réservent le droit de mettre fin au contrat ou d'en renégocier les modalités, en fonction de l'état de santé et du comportement du résident. Cette mesure exceptionnelle sera réalisée sur la base d'une évaluation médico-soignante mettant en évidence des troubles de comportement incompatibles avec les missions et prises en soins du service ou certaines limites architecturales.

- 13.3. Hébergement en Unité de Vie Protégée

Les HBT disposent d'Unités de Vie Protégées dans les EHPAD Laurent Antoine à Agde et l'Estagnol à Vias.

Les unités protégées ont pour finalité d'accueillir des personnes désorientées présentant un risque d'errance majeur.

Suivant l'évolution et l'évaluation de la dépendance du résident (comportant une diminution du périmètre de marche ou un arrêt de la marche), un transfert dans une structure adaptée des HBT, ou une autre structure, sera envisagée en concertation avec la famille.

Article 14. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil de Surveillance après avis du Conseil de la Vie Sociale, fera l'objet d'un avenant.

Article 15. REGLEMENTATION DES LITIGES

Tout litige relatif à l'exécution du présent contrat peut être évoqué avec la Directrice Adjointe chargé du Pôle Gériatrie ou par courrier avec la Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau.

Le résident ou son représentant légal peut également faire appel à une personne qualifiée qu'il choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le résident du Conseil départemental.

Etabli conformément :

- A la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
- A la loi du 28 décembre 2015 relative à la loi d'adaptation de la société au vieillissement et les décrets d'application,
- Au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge,
- Aux dispositions contenues dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale le cas échéant,
- Aux dispositions contenues dans le CPOM et la convention tripartite pluriannuelle le cas échéant,
- Aux délibérations du Conseil de Surveillance des HBT.

Fait en deux exemplaires originaux.

à, le

Signature du Résident :
ou de son représentant légal
(Nom, prénom, qualité)
« Lu et approuvé »

Signature de la Directrice :
ou de son représentant
(Nom, prénom, qualité)

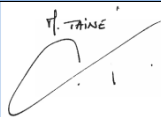
Pièces jointes au contrat :

- Annexes relative à la personne de confiance : formulaires de désignation, de révocation ou encore à destination des témoins dans le cas où une personne serait dans l'impossibilité physique de remplir le formulaire classique,
- Formulaire de communication du règlement de fonctionnement dont le résident, et/ou son référent familial et/ou son représentant légal déclare(nt) avoir pris connaissance,
- Engagement de payer,
- Note d'information sur les objets déposés dans l'établissement,
- Inventaire
- Fiche du référent familial,
- Formulaire "droit à l'image" joint en annexe complété,
- Composition du trousseau type,
- Consignes concernant le choix des textiles traités par la blanchisserie des HBT,
- Liste des obligés alimentaires.



Charte de bon usage des moyens informatiques

Auteur	Nature Modification	Date
DOMPER Sébastien	Version de base	24/12/2013
DOMPER Sébastien	Amélioration de la partie « suivie »	17/06/2015
DOMPER Sébastien	Ajout paragraphe 5.2.3	18/09/2017
CASAS ARAGON José	Modification paragraphe 2	19/09/2017

Validation	Date	Signature
TAINE Mickaël	24/12/2013	

Approbation	Date	Signature
BATY Sylvain	27/12/2014	Signé
BOLLIET Jean-Marie	02/01/2015	Signé

SOMMAIRE

1.	OBJET	5
2.	DOMAINE D'APPLICATION	5
3.	MOYENS INFORMATIQUES	5
4.	UTILISATIONS.....	5
4.1.	FINALITE DE L'UTILISATION DES MOYENS INFORMATIQUES	5
4.2.	AUTORISATIONS PARTICULIERES.....	5
4.3.	UTILISATION PROHIBE	5
5.	UTILISATEURS	7
5.1.	IDENTIFICATION DES UTILISATEURS.....	7
5.2.	OBLIGATION DES UTILISATEURS	7
5.2.1.	REGES GENERALES.....	7
5.2.2.	FICHIERS DES UTILISATEURS	7
5.2.3.	DONNEES DE SANTE	7
5.2.4.	PRESERVATION DES MATERIELS ET LOCAUX.....	8
5.2.5.	PENETRATION NON AUTORISEE DANS LES MOYENS INFORMATIQUES	8
5.2.6.	UTILISATIONS DES COMPTES ET DES DISPOSITIFS DE CONTROLE D'ACCES.....	8
5.2.7.	CONNEXION A DISTANCE DES UTILISATEURS	8
5.2.7.1.	EDITEURS TIERS.....	8
5.2.7.2.	UTILISATEURS DES HBT	9
5.3.	RESPONSABILITE DES UTILISATEURS.....	9
5.3.1.	RESPONSABILITE DES UTILISATIONS	9
5.3.2.	RESPONSABILITE DES COMPTES ET DISPOSITIFS DE CONTROLE D'ACCES.....	9
5.4.	SANCTIONS	9
6.	RESPONSABLES INFORMATIQUES	10
6.1.	FONCTION DES TECHNICIENS INFORMATIQUES	10
6.2.	POUVOIR DES TECHNICIENS INFORMATIQUES.....	11
6.3.	OBLIGATION DES TECHNICIENS INFORMATIQUES	11
6.3.1.	CONFIDENTIALITE	11
6.3.2.	QUALITE DU SERVICE	11
6.3.3.	INFORMATION.....	11
6.3.4.	SECURITE.....	11
7.	DONNEES NOMINATIVES	12
8.	MODIFICATION ET ALTERATION DES MOYENS INFORMATIQUES	12
8.1.	MODIFICATIONS DES ENVIRONNEMENTS	12
8.2.	VIRUS, CHEVAUX DE TROIES, MALWARE	12
9.	CONSEQUENCES DES MANQUEMENTS A LA CHARTE ET POURSUITE	12
9.1.	MESURE ET SANCTIONS APPLICABLES.....	12
9.1.1.	MESURE D'URGENCE	12
9.1.2.	MESURES DONNANT LIEU A INFORMATION.....	13
9.1.3.	MESURES SOUMISES A AUTORISATION DU DIRECTEUR OU RESPONSABLE DU SERVICE.....	13

1. OBJET

La présente charte a pour objet de définir les conditions d'utilisation et les règles de bon usage des moyens informatiques des Hôpitaux du Bassin de Thau (HBT) et d'assurer le développement de l'utilisation de l'informatique dans le respect des lois et règlements.

2. DOMAINE D'APPLICATION

La charte s'applique à l'ensemble des personnes qui, quel que soit leur statut, ont accès aux moyens informatiques des HBT.

La charte informatique est une annexe du Règlement Intérieur des HBT.

3. MOYENS INFORMATIQUES

Sont notamment constitutifs de moyens informatiques, les serveurs, stations de travail, postes de consultation, les réseaux, les micro-ordinateurs des services, ainsi que l'ensemble du parc logiciel, des bases de données ou des périphériques affectés au fonctionnement des éléments décrits.

4. UTILISATIONS

4.1. FINALITE DE L'UTILISATION DES MOYENS INFORMATIQUES

L'utilisation des moyens informatiques est limitée au strict cadre et aux seuls besoins de l'activité des Hôpitaux du Bassin de Thau.

4.2. AUTORISATIONS PARTICULIERES

Toute autre utilisation des moyens informatiques doit être préalablement autorisée par son supérieur hiérarchique et validé le Directeur Général.

4.3. UTILISATION PROHIBE

Sont strictement prohibées les utilisations contraires aux lois et règlements en vigueur et notamment celles qui ont pour objet ou pour effet, la diffusion d'idéologies politiques, ou qui

sont de nature à porter atteinte aux bonnes mœurs, à la dignité, à l'honneur, ou à la vie privée des personnes.

5. UTILISATEURS

5.1. IDENTIFICATION DES UTILISATEURS

Par utilisateur, on entend toute personne qui, à titre habituel ou non, professionnel ou non, est autorisée à accéder aux moyens informatiques des HBT.

5.2. OBLIGATION DES UTILISATEURS

5.2.1. REGES GENERALES

Les utilisateurs sont tenus de respecter la charte des bons usages de l'informatique des HBT. Les utilisateurs doivent respecter les lois et règlements en vigueur ainsi que les règles de courtoisie et de politesse lors de l'utilisation des moyens informatiques des HBT. Les utilisateurs doivent faire une utilisation non-abusive des moyens informatiques auxquels ils ont accès. Les utilisateurs doivent respecter les mesures de sécurité des moyens informatiques prévues à l'article 8 de la présente charte. Les utilisateurs sont tenus de se conformer aux décisions des responsables informatiques.

5.2.2. FICHIERS DES UTILISATEURS

Les utilisateurs peuvent créer des fichiers privés pour lesquels ils ont le droit d'accès exclusif. Ces fichiers doivent être considérés comme privés tant que leur créateur ne les a pas mis à la disposition du public. Sont interdites la destruction, l'altération ou la reproduction d'un fichier mis à la disposition du public, en dehors des cas où elles sont expressément autorisées.

5.2.3. DONNEES DE SANTE

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, au moyen d'une messagerie non sécurisée, des informations nominatives et/ ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.

5.2.4. PRESERVATION DES MATERIELS ET LOCAUX

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, logiciels et locaux mis à leur disposition. Les utilisateurs qui constatent une dégradation ou un dysfonctionnement doivent, dans les plus brefs délais, informer le service informatique.

5.2.5. PENETRATION NON AUTORISEE DANS LES MOYENS INFORMATIQUES

La pénétration non autorisée et le maintien dans un moyen informatique par un utilisateur sont interdits. Les utilisateurs ne doivent pas utiliser ou tenter d'utiliser le compte d'un tiers. Est également interdite toute manœuvre qui viserait à accéder aux moyens informatiques sous une fausse identité ou en masquant l'identité véritable de l'utilisateur.

5.2.6. UTILISATIONS DES COMPTES ET DES DISPOSITIFS DE CONTROLE D'ACCES

Les utilisateurs doivent prendre toutes mesures pour limiter les accès frauduleux aux moyens informatiques, à ce titre ils doivent notamment :

- veiller à la confidentialité des codes, mots de passe, cartes magnétiques, clefs ou tout autre dispositif de contrôle d'accès qui leur sont confiés à titre strictement personnel,
- veiller à la confidentialité des comptes utilisateurs qui leur sont attribués à titre strictement personnel,
- ne pas prêter, vendre ou céder les comptes utilisateurs, codes et autres dispositifs de contrôle d'accès ou en faire bénéficier un tiers,
- se déconnecter ou verrouiller leur poste de travail immédiatement après la fin de leur période de travail sur le réseau ou lorsqu'ils s'absentent,
- informer immédiatement le responsable informatique et le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI) de toute tentative d'accès frauduleux ou de tout dysfonctionnement suspect,
- changer régulièrement les codes d'accès,
- s'assurer que les fichiers qu'ils jugent confidentiels ne soient pas accessibles à des tiers,
- informer le responsable informatique et le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI) des périodes durant lesquelles ils n'utiliseront pas leurs comptes.

5.2.7. CONNEXION A DISTANCE DES UTILISATEURS

5.2.7.1. EDATEURS TIERS

Le mode de connexion utilisé est un VPN s'appuyant sur un certificat pour l'authentification sur notre réseau.

L'accès au SIH des HBT par les utilisateurs tiers est soumis à l'autorisation préalable des agents du service informatique qui génèrent le certificat d'authentification nominatif pour les personnes susceptibles de se connecter sur le réseau de l'établissement.

Les éditeurs disposant d'un tel accès doivent envoyer un courriel à sceinfo@ch-bassindethau.fr avant de se connecter et après déconnexion.

5.2.7.2. UTILISATEURS DES HBT

Le service informatique peut donner accès à distance aux utilisateurs dont les raisons de service nécessitent une connexion depuis l'extérieur au réseau des HBT.

La demande de certificat doit être adressée au RSIO ou au RSSI de l'établissement.

Ce certificat et le mot de passe associé sont strictement personnels et ne doivent en aucun cas être utilisés par d'autres personnes.

En cas de perte ou de vol de l'appareil sur lequel est installé le certificat, l'utilisateur doit en informer dans les meilleurs délais le service informatique afin qu'ils révoquent le certificat.

5.3. RESPONSABILITE DES UTILISATEURS

5.3.1. RESPONSABILITE DES UTILISATIONS

Les utilisateurs sont responsables de l'utilisation qu'ils font des moyens informatiques des HBT ainsi que de l'ensemble des informations qu'ils mettent à la disposition du public.

5.3.2. RESPONSABILITE DES COMPTES ET DISPOSITIFS DE CONTROLE D'ACCES

Les titulaires de comptes, ou d'un dispositif de contrôle d'accès, sont responsables des opérations locales ou distantes effectuées depuis leurs comptes ou sous le couvert des dispositifs de contrôle d'accès qui leur ont été attribués.

5.4. SANCTIONS

En cas de non-respect de leurs obligations, les utilisateurs peuvent se voir appliquer les sanctions prévues à l'article 9.

6. RESPONSABLES INFORMATIQUES

6.1. FONCTION DES TECHNICIENS INFORMATIQUES

Les techniciens informatiques :

- autorisent les accès aux moyens informatiques,
- attribuent les comptes et les mots de passe ou tout autre dispositif permettant de limiter l'accès aux moyens informatiques,
- définissent les utilisations conformes à la vocation des moyens informatiques mis à la disposition des utilisateurs,
- informent les utilisateurs des bons usages tels qu'ils sont définis dans la présente charte,
- assurent le fonctionnement et la disponibilité normale des moyens informatiques.

6.2. POUVOIR DES TECHNICIENS INFORMATIQUES

Les techniciens informatiques peuvent surveiller les utilisations qui sont faites des moyens informatiques dont ils ont la charge. Dans le cadre de leurs fonctions, les techniciens informatiques peuvent prendre connaissance des fichiers, des données et des travaux des utilisateurs ainsi que des ressources extérieures qu'ils utilisent. Les techniciens informatiques peuvent, en cas d'urgence, prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer ou préserver le bon fonctionnement et la disponibilité normale des moyens informatiques qui leur sont confiés.

6.3. OBLIGATION DES TECHNICIENS INFORMATIQUES

6.3.1. CONFIDENTIALITE

Les techniciens informatiques doivent préserver la confidentialité des informations et des fichiers auxquels ils ont accès dans le cadre de leurs fonctions.

6.3.2. QUALITE DU SERVICE

Les techniciens informatiques doivent s'efforcer de limiter la gêne occasionnée aux utilisateurs par leurs interventions sur les moyens informatiques des HBT. Les techniciens informatiques doivent s'efforcer d'assurer une disponibilité normale et le bon fonctionnement des moyens informatiques.

6.3.3. INFORMATION

Les techniciens informatiques sont tenus d'informer le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI) et le Responsable des Systèmes d'Informations de toute violation ou tentative de violation d'accès ou de tout autre élément de nature à mettre en péril la sécurité des moyens informatiques des HBT.

6.3.4. SECURITE

Les techniciens informatiques doivent s'assurer que les codes d'accès choisis par les utilisateurs répondent aux exigences de sécurité telles qu'elles sont édictées par le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI).

7. DONNEES NOMINATIVES

Les traitements automatisés de données nominatives mis en œuvre par les HBT ou par tout utilisateur doivent respecter les dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

8. MODIFICATION ET ALTERATION DES MOYENS INFORMATIQUES

8.1. MODIFICATIONS DES ENVIRONNEMENTS

En dehors des modifications ne portant pas atteinte au bon fonctionnement des moyens informatiques, aucune modification des environnements logiciels, matériels et périphériques ne pourra être effectuée sans l'accord préalable du responsable informatique. Par modification d'environnement, on entend toute suppression ou ajout de composants logiciels ou matériels ou tout paramétrage pouvant affecter le fonctionnement normal des moyens informatiques.

8.2. VIRUS, CHEVAUX DE TROIES, MALWARE

L'introduction, l'utilisation, la diffusion de tout dispositif logiciel ou matériel qui pourrait altérer les fonctionnalités des moyens informatiques sont interdites. Les recherches portant sur les virus, chevaux de Troie, malwares et autres dispositifs qui pourraient altérer les fonctionnalités des moyens informatiques doivent être préalablement autorisées par le responsable informatique.

9. CONSEQUENCES DES MANQUEMENTS A LA CHARTE ET POURSUITE

9.1. MESURE ET SANCTIONS APPLICABLES

9.1.1. MESURE D'URGENCE

Le responsable informatique peut en cas d'urgence :

- déconnecter un utilisateur, avec ou sans préavis selon la gravité de la situation,
- isoler ou neutraliser provisoirement toute donnée ou fichier manifestement en contradiction avec la charte ou qui mettrait en péril la sécurité des moyens informatiques.

9.1.2. MESURES DONNANT LIEU A INFORMATION

Sous réserve que soit informé le directeur ou le responsable du service, les techniciens informatiques peuvent :

- avertir un utilisateur,
- limiter provisoirement les accès d'un utilisateur,
- à titre provisoire, retirer les codes d'accès et fermer les comptes,
- effacer, compresser ou isoler toute donnée ou fichier manifestement en contradiction avec la charte ou qui mettrait en péril la sécurité des moyens informatiques,
- informer le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI).

9.1.3. MESURES SOUMISES A AUTORISATION DU DIRECTEUR OU RESPONSABLE DU SERVICE

Sous condition d'autorisation préalable du directeur ou du responsable de service, le responsable informatique peut :

- retirer les codes d'accès ou autres dispositifs de contrôle d'accès et fermer les comptes,
- interdire à titre définitif à un utilisateur tout accès aux moyens informatiques.



Charte du Bloc opératoire HBT

V2 Mai 2022, Validée le 25 Mai 2022

Table des matières

Table des matières	2
PREAMBULE	5
1. LES INSTANCES ET LE PILOTAGE DU BLOC OPERATOIRE.....	6
1.1. Le Conseil de bloc élargi.....	6
1.1.1. Nomination et composition	6
1.1.2. Missions et fonctionnement	7
1.2. Le Bureau du Conseil de Bloc ou Conseil de Bloc Restreint	7
1.2.1. Composition	7
1.2.2. Missions	8
1.3. La cellule de programmation	8
1.3.1. Nomination et composition	8
1.3.2. Missions et fonctionnement	8
1.4. La cellule de régulation	10
1.4.1. Nomination et composition	10
1.4.2. Missions et fonctionnement	10
1.5. Le chef de bloc.....	10
1.5.1. Nomination	10
1.5.2. Missions et fonctionnement	10
2. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPERATOIRE	12
2.1. Situation et structure du bloc opératoire	12
2.2. Missions du bloc opératoire	12
2.3. Tenue vestimentaire	12
2.4. Règles de fonctionnement collectif.....	13
2.5. Les horaires de fonctionnement du bloc.....	13
2.5.1. Activité de Jour	13
2.5.2. Activité de permanence des soins.....	14
2.6. La planification des vacations opératoires	14
2.7. La programmation	15
2.7.1. Contenu informatif	15
2.7.2. Jusqu'au vendredi de la semaine S-1.....	16
2.7.3. Du vendredi de la semaine S-1 à J-1	16
2.7.4. Règle d'ajout.....	17
2.8. La gestion des urgences.....	17

2.8.1. Les urgences vitales	17
2.8.2. Les urgences non vitales	18
2.8.3. Les urgences obstétricales.....	18
2.9. Organisation des temps de repas.....	18
2.10. Organisation des fins de vacances.....	19
2.11. SSPI	19
3. GESTION DES PERSONNELS NON MEDICAUX.....	20
3.1. Description	20
3.2. Missions	20
3.3. Modalités de répartition des Personnels Non Médicaux	22
3.4. Continuité du service	23
3.4.1. Modalités des astreintes (IBODE IADE AS).....	23
3.4.2. Organisation	24
3.5. Instrumentation.....	24
3.6. Organisation des absences.....	24
4. GESTION DES PERSONNELS MEDICAUX.....	25
4.1. Description	25
4.2. Modalités de répartition du personnel	25
4.2.1. Anesthésistes.....	25
4.2.2. Opérateurs	25
4.2.3. Organisation des absences	25
5. PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE	26
5.1. Transport Patient.....	26
5.2. Circuit patient.....	26
5.2.1. Appel des premiers patients le matin dès 07h30	26
5.2.2. Arrivée au bloc.....	26
5.2.3. Admission en salle d'opération.....	27
5.2.4. Sortie de salle, transfert et surveillance en SSPI	27
5.2.5. Sortie de la SSPI et retour dans le service.....	27
5.3. La prise en charge anesthésique.....	27
5.3.1. La Phase pré-opératoire	28
5.3.2. La Phase per-opératoire	28
5.3.3. La Phase post opératoire, SSPI.....	29
5.4. Traçabilité de l'intervention	29

5.4.1. Check-list (HAS) sécurité du patient au bloc opératoire	29
5.4.2. Feuille d'intervention opératoire	29
5.4.3. Fiche de liaison UF/Bloc/UF.....	30
5.4.4. Traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI)	30
5.4.5. Traçabilité du rayonnement ionisant	30
5.4.6. Dossier d'anesthésie	30
5.4.7. Le registre du bloc opératoire.....	30
6. GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE DU BLOC	31
6.1. Compte rendu opératoire	31
6.2. Le codage des activités	31
6.3. Les indicateurs de performance	31
6.4. Relevé des dysfonctionnements.....	31
6.5. Commandes de matériel	31
6.6. Essai et prêt de matériel	31
6.7. Maintenance	32
6.8. Vigilance	32
6.9. Gestion des risques	32
7. INTERFACES.....	33
7.1. Pharmacie / Stérilisation.....	33
7.2. Le laboratoire et l'EFS	33
7.3. Le circuit du linge	34
7.4. Le circuit des déchets.....	35
7.5. Le circuit pièces anatomiques	36
7.6. Le secteur de traitement et de désinfection des endoscopes	36
CONCLUSION	38
ANNEXE 1 : LISTE DES TEXTES REGLEMENTAIRES	39
ANNEXE 2 : PLAN DE LA STRUCTURE ET DU BLOC OPERATOIRE	41
ANNEXE 3 : PLANIFICATION HEBDOMADAIRE DES TVO.....	43

PREAMBULE

La charte de Bloc opératoire représente un engagement de l'ensemble des intervenants autour du patient opéré.

L'objectif de cette charte est de définir les conditions nécessaires et suffisantes permettant l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire, en garantissant la qualité et de la sécurité des soins aux patients et le respect de tous les acteurs y concourant.

A ce titre, elle constitue une référence qui s'impose à tous.

Son application est régulièrement évaluée. Le résultat de ces évaluations est présenté au Conseil de bloc opératoire qui prend les mesures correctrices adaptées.

Cette charte, basée sur les textes réglementaires (cf. Annexe 1), a vocation à évoluer et s'enrichir.

Les protocoles et procédures institutionnels sont consultables sur la base de données informatique Qualios.

La version régulièrement actualisée est accessible sur le site Intranet de l'établissement. Elle s'inscrit dans la démarche qualité mise en place aux HBT, et constitue une annexe au règlement intérieur. Elle est communiquée en CME et validée en Conseil de Surveillance.

La charte est rédigée collégialement puis validée par le conseil de bloc opératoire. Elle est également présentée aux diverses instances de l'établissement dont la CME.

Une relecture de la charte de fonctionnement du bloc opératoire est réalisée, par le Président du Conseil de bloc, au moins une fois par an, et mise à jour si nécessaire après avis des membres du Conseil de Bloc.

La Charte est diffusée, par mail et/ou exemplaire papier, à l'ensemble des acteurs du bloc opératoire ou utilisant sa structure.

Elle est mise à disposition du chef d'établissement, du ou des directeur(s) référent(s) du (des) pôle(s), du coordonnateur général des soins, du coordonnateur des risques liés aux soins, du président de la CME.

Un émargement est demandé à l'ensemble de ces acteurs. Il peut être réalisé par voie électronique et garantit le caractère opposable aux intervenants. La charte est enregistrée dans l'outil informatique de gestion documentaire du HBT (Qualios).

1. LES INSTANCES ET LE PILOTAGE DU BLOC OPERATOIRE

1.1. Le Conseil de bloc élargi

1.1.1. Nomination et composition

Le Chef d'établissement arrête, pour trois ans, la composition nominative du Conseil de Bloc conformément à la réglementation (Circulaire n° DH/FH/2000-264 du 19 mai 2000). Il est fait le choix de faire fonctionner un Conseil de bloc élargi qui se substitue aux 2 instances que sont le Conseil de bloc et la Commission des utilisateurs.

Président du Conseil de Bloc :

C'est un praticien issu du conseil de bloc, désigné par le chef d'établissement pour un mandat de trois ans renouvelable une fois.

Il est responsable de l'organisation du secteur opératoire. Il convoque le Conseil de bloc selon les modalités et fréquences établies.

Composition minimale du Conseil de Bloc :

Elle est définie par voie réglementaire. Aux Hôpitaux du bassin de Thau, la composition est élargie et est la suivante :

- Un chirurgien ou opérateur par discipline
- Deux médecins Anesthésistes Réanimateurs
- Le médecin coordonnateur des risques associés aux soins
- Le médecin de l'UPIAS
- Le médecin DIM
- Le pharmacien responsable de la Stérilisation
- Le Directeur des Soins
- Le cadre de bloc
- Le cadre de pôle
- Les cadres de chirurgie (ortho, poly, UACA)
- Un représentant des IBODE
- Un représentant des IADE
- Un représentant des AS
- Une secrétaire

D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'expert selon l'ordre du jour (Brancardier ou responsable service brancardage, Cadre de Santé Stérilisation-Pharmacie ...)

Le Directeur d'établissement et le Président de CME sont systématiquement invités.

1.1.2. Missions et fonctionnement

Missions :

- Définir la planification des vacations opératoires et les réviser au moins une fois par an en fonction de l'activité
- Élaborer les règles de planification et de programmation au regard du bilan d'activité de chaque discipline
- Rédiger une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire
- Analyser les dysfonctionnements et proposer des plans d'actions, d'amélioration
- Élaborer et assurer la mise en œuvre de l'ensemble des procédures nécessaires au bon fonctionnement du bloc et de la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI)
- S'assurer de la mise en place et du respect des protocoles d'hygiène
- Recueillir tout manquement au respect des dispositions de la présente charte et décider des mesures correctrices à appliquer en conséquence
- Prendre connaissance et participer à l'analyse des événements indésirables
- Élaborer un rapport annuel d'activité comportant les indicateurs de qualité et de performance de l'année écoulée
- Rédiger les objectifs et les propositions d'amélioration pour l'année à venir
- Suivre le déploiement des actions correspondantes
- Suivre les indicateurs de fonctionnement du Bloc.

Modalités de fonctionnement :

Le Conseil de bloc se réunit au minimum 4 fois par an et autant que de besoin à la demande de son président, du Directeur de l'établissement, du Président de la CME ou de plus de la moitié de ses membres

Une convocation est envoyée à chaque membre par la secrétaire du conseil, en accord avec le président, au moins une semaine avant la date de réunion.

L'Ordre du jour comprend systématiquement le suivi des indicateurs d'activité et l'analyse des dysfonctionnements.

Un compte rendu est rédigé après chaque réunion et adressé à tous les intervenants du bloc opératoire.

1.2. Le Bureau du Conseil de Bloc ou Conseil de Bloc Restreint

1.2.1. Composition

Les membres :

- Le Président du conseil de Bloc
- Un médecin Coordonnateur, qui ne peut être le Président du Conseil de Bloc. Si le président du Conseil de Bloc est un Chirurgien, le coordonnateur doit être un Anesthésiste et vice-et-versa.
- Le CDS du Bloc.

1.2.2. Missions

Le bureau du Conseil de Bloc, comité opérationnel, est l'instance de pilotage du bloc. Il met en place les mesures nécessaires à un fonctionnement efficient.

Il a pour but de suivre la performance du bloc opératoire dans ses trois dimensions : qualité et sécurité de prise en charge des patients, satisfaction de l'ensemble des personnels, efficacité du bloc et amélioration de son bilan économique,

Il assure l'évaluation quantitative et qualitative de l'activité, propose au Conseil de Bloc les changements de fonctionnement du bloc et les actions d'amélioration issues de groupes de travail. Il suit l'avancement des actions d'amélioration qui ont été lancées.

1.3. La cellule de programmation

1.3.1. Nomination et composition

Les membres :

- Un représentant des anesthésistes (MAR d'extérieur)
- Un représentant des opérateurs médicaux ou chirurgicaux
- Le CDS du bloc et/ou l'IBODE de régulation
- L'IDE responsable du matériel
- Le CDS de chirurgie ambulatoire et polyvalente
- Le CDS de chirurgie orthopédique

1.3.2. Missions et fonctionnement

Sa mission principale est la validation définitive du programme opératoire de la semaine S+1. Elle se réunit tous les vendredis à 11h00.

Elle analyse les dysfonctionnements de la semaine passée.

Elle ordonnance les interventions de S+1 et leur répartition dans les salles pour permettre d'optimiser les plages opératoires tout en tenant compte des différentes contraintes :

- Ressources humaines
- Ressources matérielles
- Respect des conditions de qualité et de sécurité des soins
- Particularités de prise en charge des patients

Lors de la réunion de validation des programmes, chaque journée opératoire, par spécialité, est examinée en fonction :

- des cas cliniques de patients
- du respect de temps de vacation opératoire offert
- du matériel chirurgical et médico-chirurgical nécessaire à l'intervention
- des ressources humaines nécessaires au déroulement de la journée opératoire
- éventuellement du besoin de mutualiser les moyens matériels et humains entre le digestif, l'orthopédie et la gynécologie

Le Cadre de santé du Bloc et le cadre de santé de l'UACA réalisent un ordonnancement de la semaine S+1, en fonction du type d'hospitalisation, du type d'anesthésie, de l'ASA, des allergies signalées et du risque infectieux.

Les outils de la programmation : Chaque opérateur (ou son secrétariat) inscrit et positionne ses patients au fil de l'eau de ses consultations dans son TVO sur le logiciel « Bloc ».

Aucun patient dépassant le temps de vacation offert (TVO) ne pourra être rajouté par l'opérateur lui-même. Il devra solliciter le CDS de bloc ou l'IBODE de la régulation.

Des fiches pré-interventionnelles sont adressées par courrier interne au bloc et à la pharmacie pour la commande de matériel spécifique.

Les feuilles d'anesthésie sont colligées par les MAR.

Chaque plage opératoire est validée en concertation entre le médecin-anesthésiste, le chirurgien et les cadres.

A la suite de cette réunion, aucune programmation ne peut être rajoutée **sauf urgence et semi-urgence**. La programmation de l'urgence ou semi-urgence se fait en concertation entre le chirurgien et le médecin-anesthésiste gérant les urgences pour la partie médicale et le cadre de bloc opératoire pour l'occupation de la plage opératoire et la mise à disposition des effectifs paramédicaux.

A la fin de cette réunion, le programme opératoire de la semaine suivante est alors figé. Lorsqu'un chirurgien ne remplit pas son TVO, il perd la fin de sa vacation : ce temps peut être réattribué.

A l'issue de la réunion de programmation, le programme opératoire finalisé est :

- envoyé à l'ensemble des Chirurgiens et MAR
- consultable en lecture sur le logiciel BLOC par les différents services du MCO.

Les effectifs instrumentistes paramédicaux sont réajustés en fonction du programme opératoire finalisé. Ils sont à prendre en compte dans l'organisation journalière lors du rajout d'urgences.

L'IDE responsable du matériel est chargée de vérifier que les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) ou Dispositifs Médicaux (DM) soient disponibles pour permettre l'activité chirurgicale à partir des fiches pré interventionnelles (vérifie concordance et alerte si écart la PUI, le Cadre de bloc et le chirurgien).

En cas d'absence du cadre de bloc, l'IBODE de la régulation assure les missions de programmation opératoire, de coordination des équipes soignantes et de gestion des problèmes matériels, activités complémentaires et/ou transversales spécifiques au référent en collaboration avec l'IBODE extérieur nommé par le cadre de santé du bloc. Il tient informé le Cadre supérieur ou Cadre de pôle.

En cas d'absence du cadre du service de chirurgie ambulatoire (UACA), celui-ci sera remplacé par le cadre de chirurgie orthopédique.

En cas de dysfonctionnement de la réunion de programmation

Un bilan des réunions de programmation sera effectué lors de chaque conseil de bloc où les dysfonctionnements seront étudiés (absences, difficulté de mise en application du programme opératoire, etc.). Le fonctionnement de la réunion de programmation peut être revu et modifié lors d'un conseil de bloc à la demande d'un des participants.

1.4. La cellule de régulation

1.4.1. Nomination et composition

Les membres :

- Le Cadre de santé du Bloc et/ou l'IBODE de la régulation
- Le MAR de garde

1.4.2. Missions et fonctionnement

Les missions :

- Coordonner au jour le jour la bonne prise en charge des patients au bloc opératoire. Elle adapte l'organisation afin de gérer les situations imprévues ou inhabituelles (situations imprévisibles : manque d'effectif, pannes ; grèves...) ;
- Prendre en compte l'intégration des urgences en concertation avec les intervenants concernés.

La permanence d'une régulation au bloc opératoire est indispensable pendant toute la période d'ouverture programmée du bloc opératoire. La fonction de cette régulation est d'optimiser les flux et la prise en charge du patient, d'éviter toute attente dans le fonctionnement du programme opératoire et de donner les directives de modifications en cas d'urgence vraie ou d'intégration de nouvelles demandes.

La cellule de régulation affecte les moyens humains en fonction des évolutions du programme et l'organisation du remplacement des équipes pour la prise des repas.

1.5. Le chef de bloc

1.5.1. Nomination

Le chef de Bloc, CDS IDE issu généralement de la filière IBODE ou IADE, est nommé par la Directrice Coordinatrice générale des Soins.

1.5.2. Missions et fonctionnement

Le chef de Bloc est placé sous la responsabilité du Cadre de Pôle et la Direction des Soins.

Ses missions et activités sont définies dans la fiche de poste consultable via le logiciel Gesform.

Il est responsable de la définition, de la coordination et du contrôle de l'ensemble des activités de soins au niveau du plateau technique opératoire.

Il est le garant de la qualité, de la coordination et de l'harmonisation des soins prodigués tant au niveau technique que relationnel.

Il encadre et gère l'ensemble du personnel non médical.

Il participe aux recrutements des personnels paramédicaux du bloc opératoire.

Il met en place une politique de formation de l'ensemble des agents et en assure le suivi.

Il fait appliquer les règles définies dans la charte de bloc (faire respecter la planification, piloter la réunion de programmation, gérer les modifications et les valider...) et les modalités de fonctionnement validées par le conseil de bloc.

Il gère les moyens (stocks, commandes...).

Il organise la maintenance des dispositifs médicaux du Bloc Opératoire en collaboration avec le responsable du service biomédical et l'encadrement du service de stérilisation. De la même manière, il organise le suivi, la réparation ou le remplacement des dispositifs médicaux restérilisables défectueux ou détériorés.

Il organise la vérification des conformités du Bloc opératoire avec l'ingénieur des services techniques et le CLIN / UPIAS. Il coordonne avec eux les travaux réalisés dans le bloc opératoire et ses annexes.

Il met en place et contrôle les procédures et les protocoles.

Il participe à la politique institutionnelle d'amélioration des pratiques en encourageant la déclaration des événements indésirables et organise leur prise en considération ainsi que le suivi des plans d'action (Ateliers FEI, CREX Bloc/Sté).

Il organise et anime le Conseil du Bloc avec son Président. Il est responsable de la mise en œuvre des décisions ou plan d'action issu des Conseils de Bloc.

Il organise la prise en charge des étudiants paramédicaux en lien avec les centres de formation.

En cas d'absence ou d'indisponibilité, le chef de bloc peut déléguer toute ou partie de ses prérogatives à l'IBODE régulateur.

2. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPERATOIRE

2.1. Situation et structure du bloc opératoire

Le Bloc opératoire est situé au premier étage de l'hôpital Saint-Clair, au même niveau que les services de Chirurgie Polyvalente, de l'UACA, de la Chirurgie Orthopédique et de la Réanimation (cf. Annexe 2).

Il est constitué de :

- 7 salles d'intervention :
 - Salle 1 et 2 : plus spécifiques à la chirurgie Orthopédie et Traumatique
 - Salle 3, 4 et 5 : polyvalentes (Urologie, Viscéral, Gynécologie, OPH, ORL, Stomato.)
 - Salle 6 : plus spécifique à l'Endoscopie Digestive
 - Salle 7 : dédiée à la Césarienne et urgences gynécologiques. Elle est dotée d'une salle Nouveau-Né attenante.
- 1 fauteuil de Fast-track
- 1 Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) disposant de 11 places
- 1 salle de traitement des endoscopes

2.2. Missions du bloc opératoire

Le bloc opératoire est un plateau technique transversal mis à disposition de l'ensemble des opérateurs de toutes les disciplines : chirurgiens, gynécologues-obstétriciens, cardiologues, endoscopistes, radiologues ...

L'équipe du bloc opératoire assure l'ensemble des actes de préparation et de mise en œuvre des soins opératoires ainsi que la gestion des matériels et produits nécessaires à ces derniers.

Les missions du Bloc Opératoire sont de :

- Réaliser les actes opératoires chez les patients pris en charge en hospitalisation traditionnelle, en ambulatoire, en externe ou en urgence chez l'adulte et l'enfant de + de 3 ans en leur assurant des conditions de prise en charge opératoire et anesthésique optimales dans le respect de leurs droits et de la réglementation.
- Assurer une prise en charge en salle de surveillance post-interventionnelle jusqu'au rétablissement définitif des fonctions vitales.
- Assurer la gestion, l'utilisation du matériel, des médicaments, des dispositifs médicaux implantables nécessaires à la réalisation des actes opératoires conformément à la législation en vigueur et référencé dans l'établissement.

2.3. Tenue vestimentaire

Le port de la tenue civile est strictement interdit dans l'enceinte du bloc où seule la tenue de bloc (pyjama, coiffe, sabots à usage exclusif du Bloc) est autorisée. Celle-ci est interdite en dehors du bloc. Aucune exception (autorité, urgence...) n'est tolérée. Les bijoux sont interdits.

Le masque chirurgical est systématiquement porté en zone aseptique.

En dehors du bloc, le port d'une chasuble ou d'une sur blouse est autorisé avec obligation de changement de tenue lors du retour au bloc.

L'habillement chirurgical (casaque et gants stériles) est revêtu par les opérateurs et instrumentistes après désinfection chirurgicale des mains. Il est éliminé en fin d'intervention en salle d'opération.

Les sorties de salle de bloc pendant une intervention doivent rester exceptionnelles.

Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le téléphone portable n'est pas autorisé. Il doit rester au vestiaire.

2.4. Règles de fonctionnement collectif

L'attention et l'écoute des patients, le respect de leur pudeur, la courtoisie, le secret professionnel doivent être observés par tous. Au sein des salles d'opération, le personnel limite les mouvements et respecte le huis clos opératoire.

Les entrées et sorties de la salle de détente du personnel sont réglementées et les règles d'hygiène doivent y être respectées : tenue civile interdite, port d'une sur blouse en cas de manipulation de denrées alimentaires, respect de la bonne tenue et de la propreté,

Le port du dosimètre est obligatoire dès l'entrée au Bloc opératoire.

Il est souhaitable de ne pas conserver les téléphones professionnels en salle de bloc ou en cas de nécessité de les positionner en mode silencieux.

Les procédures et protocoles en vigueur dans l'établissement doivent être respectés par l'ensemble des personnels.

2.5. Les horaires de fonctionnement du bloc.

Le Bloc opératoire fonctionne habituellement sur 6 salles (38 semaines) mais il est amené à réduire son activité, lors des périodes de vacances scolaires, à 4 salles (12 semaines) voire 2 salles (2 semaines).

L'activité est aussi bien programmée, ambulatoire que non programmée (Urgences).

2.5.1. Activité de Jour

Les salles d'intervention sont opérationnelles entre 08h00 (horaire où le premier patient peut entrer en salle d'intervention) et 18h00 (limite horaire théorique de sortie de salle du dernier patient).

Pour assurer les programmes, l'arrivée du personnel en salle se fait à partir de 07h00 pour les AS et 07h30 pour les IADE et IBODE, afin d'accueillir les premiers patients dès 07h45 et rendre effectif le démarrage du programme opératoire à 08 heures.

✓ En fonctionnement normal : lundi – vendredi

- 3 salles ouvertes de 08h00 à 16h00
- 1 salle ouverte de 08h30 à 18h00.
- 1 salle ouverte de 08h30 à 16h30
- 1 salle ouverte de 8h30 à 15h

Une salle est dite ouverte si :

- 1 anesthésiste présent assure au moins la couverture de 2 salles.
- 1 salle ouverte = 1 IADE + 1 IBODE/IDE au minimum dont la traçabilité hebdomadaire est réalisée.

Sur le tableau blanc de répartition des professionnels paramédicaux par salle, à l'entrée du bloc opératoire est inscrit chaque jour : le nom et l'horaire de l'IBODE/IDE circulant responsable de la salle, de l'instrumentiste si nécessaire, le nom et l'horaire de l'infirmier anesthésiste affecté à cette salle, ainsi que les noms des anesthésistes (s'ils sont communiqués). Pour le personnel paramédical et chirurgical, c'est le régulateur ou le cadre du bloc qui renseigne le tableau. Le nom de l'anesthésiste responsable de deux salles sera inscrit selon l'organisation mise en place par les anesthésistes (liste nominative hebdomadaire).

✓ **En périodes de basse activité (vacances scolaires) : lundi – vendredi**

Durant les périodes de basse activité (vacances scolaires), l'ouverture des salles est limitée à 4 voire 2 salles. De ce fait, les disciplines disposant de deux salles de façon habituelle ou ponctuelle (orthopédie, urologie), ne pourront travailler que sur une seule salle.

2.5.2. Activité de permanence des soins

En garde : le WE de 08h00 à 17h00

En astreinte : du lundi au vendredi (20h00 – 7h30), week-end et jours fériés (de 17h00 à 08h00 le samedi et 17h/7h30 pour IADE/IBODE et 7h pour AS).

La régulation en période de permanence des soins est assurée par le MAR de garde.

En semaine, à partir de 20h00, ainsi que le samedi, dimanche et jour férié, il n'est possible de faire fonctionner qu'une salle. En l'absence de personnel de réveil, une deuxième intervention ne peut être enchaînée (induction) que si le précédent opéré a quitté le bloc et la SSPI.

Le choix de la salle se fait en fonction du cas qui se présente. En dehors des situations où la pathologie et/ou l'équipement de la salle d'opération l'imposent, il est important de limiter le nombre de salles d'opérations ouvertes en garde.

En garde, il s'agit d'urgences avec un risque majeur de défaillance d'une grande fonction cardio-respiratoire ou métabolique. Ces situations sont prioritaires.

A situation exceptionnelle, réaction exceptionnelle : ouverture d'une salle et mobilisation humaine. Chaque cas sera analysé par la cellule de régulation, ultérieurement.

Dans le cas d'une urgence vitale de gynécologie ou d'obstétrique, lorsque l'équipe d'urgence est déjà occupée par une intervention, c'est la sage-femme qui prend en charge la salle d'intervention à la place de l'IBODE déjà occupée.

2.6. La planification des vacances opératoires

Les vacances opératoires sont attribuées à chaque discipline en fonction de leur activité constatée sur une période antérieure et prévisionnelle (cf Annexe 3). Elles sont révisées au moins une fois par an (ou plus si arrivée de nouveaux chirurgiens...).

Les salles sont attribuées aux praticiens lors de la planification des vacances sans que cette attribution constitue un droit de "propriété". Lorsque tout ou partie de ces vacances est libre le

vendredi précédent la semaine opératoire, la cellule de programmation peut réattribuer ces espaces à un autre opérateur ou à une autre spécialité.

Les fermetures de salles pour congés ou pour travaux sont proposées et validées en conseil de bloc. Les opérateurs en sont avertis au moins trois mois à l'avance.

Chaque praticien doit faire connaître, au cadre du bloc opératoire la planification de ses absences prévues (congés annuels, congrès, participation à des missions transversales...) selon les délais suivants :

- UN MOIS : pour les absences de un ou deux jours
- TROIS MOIS : pour les absences supérieures à une semaine

L'absence d'information dans les délais ci-dessus constitue un dysfonctionnement dans l'organisation du bloc. Elle fera l'objet d'une notification au conseil de bloc opératoire.

La cellule de programmation organise l'occupation de la vacation du praticien absent. Elle est également chargée d'évaluer le temps de vacation inoccupé du fait de l'absence imprévue d'un opérateur et d'en rendre compte au Conseil de Bloc.

2.7. La programmation

2.7.1. Contenu informatif

L'informatisation de la programmation des patients via le logiciel « Bloc » permet la gestion optimale directe du programme opératoire pour chaque opérateur mais également pour chaque service (heure de passage approximative pour la préparation de l'opéré).

Chaque patient fait l'objet d'un rendez-vous (opératoire) inscrit directement sur le planning opératoire par l'opérateur de la discipline ou par son secrétariat sur le Temps de Vacation Opératoire (TVO) qui lui a été octroyé.

Dans le respect de l'Identitovigilance, les informations à transmettre sont les suivantes : le nom et prénom du patient, le nom du service d'origine, le nom de l'opérateur, la nature de l'intervention, le numéro NDA (numéro d'admission du séjour en haut et à droite de l'étiquette du patient) et toute information utile pour la bonne prise en charge des patients. Seules les étiquettes du séjour en cours sont valables.

Les rendez-vous opératoires sont pris par l'opérateur au moment de la consultation. Les durées d'interventions ne peuvent être modifiées manuellement par les opérateurs eux-mêmes. En cas de besoin l'opérateur ou son secrétariat sollicite la cellule de régulation.

Les durées opératoires prévisionnelles font l'objet d'une actualisation au moins annuelle.

Lors de l'élaboration de son programme hebdomadaire, chaque opérateur s'engage à fournir l'ordre préférentiel de passage des patients inscrits dans la plage horaire (en tenant compte de l'unité ambulatoire) de sa vacation et les éventuelles demandes spécifiques : instrumentations, techniques et matériels spécifiques, allergie au latex. Tous ces changements sont tracés dans la fiche pré interventionnelle.

Utilisation d'un matériel rare ou peu disponible

L'utilisation d'un même matériel (colonne de coelioscopie, amplificateur de brillance...), par différentes équipes, impose le respect de certaines règles de priorité. En dehors des très rares situations d'urgence pour lesquelles ce matériel est jugé indispensable, son attribution est réalisée en fonction d'un ordre de priorité est souhaitable. Ces priorités seront organisées de manière efficiente. Chaque opérateur en fera la prévision lors de l'inscription du patient sur la programmation hebdomadaire. Tous les litiges seront discutés et traités par la cellule de régulation puis évalués par le conseil de bloc.

2.7.2. Jusqu'au vendredi de la semaine S-1

Chaque opérateur programme ses interventions dans la limite de la durée des vacances opératoires qui lui sont allouées. Le tableau de programmation est établi en tenant compte des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation, du fonctionnement du secteur opératoire (disponibilité en personnel et en matériel), du type de prise en charge (ambulatoire ou conventionnel) ainsi que de l'âge des patients et/ou du service de réanimation.

Le programme opératoire validé et verrouillé en cellule de programmation est consultable en permanence par les praticiens, les secrétariats des spécialités chirurgicales, les CDS et les équipes soignantes des services de soins (MCO) et de la stérilisation.

Chirurgie Ambulatoire :

Elle correspond aux textes et aux recommandations. Cette activité s'intègre dans la programmation générale du bloc opératoire (grille de répartition des vacances) pour la mise à disposition des moyens humains, matériels et locaux.

Elle s'organise de façon à respecter la souplesse conceptuelle de l'ambulatoire. Un point est réalisé entre le cadre responsable de la chirurgie ambulatoire et le cadre du bloc, lors de la réunion de la cellule de régulation des programmes, afin de vérifier l'ordre de passage et l'horaire prévu des interventions. Chaque opérateur définit l'ordre des patients en tenant compte des contraintes liées à l'hospitalisation de jour. Un point quotidien est fait entre le Régulateur et l'IDE de l'UACA afin de préciser au patient, lors de l'appel de la veille, son heure d'entrée en service.

Sur le programme opératoire, les interventions en ambulatoire sont matérialisées et visualisées par un graphisme spécifique (programmation hachurée).

Le planning opératoire est arrêté le vendredi à 12h00 de la semaine S-1. Il est impérativement respecté. Seules les urgences vitales peuvent modifier le déroulement quotidien d'une journée opératoire.

En cas de constatation d'une difficulté sur un programme, le CDS du bloc informe le chirurgien concerné et trouve avec lui une alternative de programmation. Le CDS du bloc informe le président du conseil de bloc et trace la demande.

2.7.3. Du vendredi de la semaine S-1 à J-1

Chaque jour, le programme du lendemain fait l'objet d'une analyse par la cellule de régulation. En cas de difficulté, le CDS du bloc opératoire informe les praticiens concernés. Ce programme

réajusté est ensuite diffusé au sein du bloc et également aux différents acteurs concernés (cadres d'hospitalisation, IDE UACA, brancardiers, laboratoire si besoin...) via le logiciel « BLOC ».

2.7.4. Règle d'ajout

Tout rajout de patient au programme opératoire journalier doit suivre la procédure suivante :

- Le chirurgien ou l'interne note le patient sur la ligne Urgences du logiciel « Bloc ».
- Le chirurgien avertit le CDS de bloc (ou l'IBODE référent en son absence) de la nécessité de rajouter un patient au programme opératoire pour l'organisation des équipes soignantes et la mise à disposition d'une salle d'opération.
- Le chirurgien appelle le MAR pour échanger les données médicales et organiser la prise en charge du patient.

Dans le cas d'interventions non programmées

L'opérateur (ou l'interne) doit inscrire le patient sur la ligne de programmation dédiée aux Urgences. La demande est adressée à la cellule de régulation par téléphone ou par messagerie interne, doublée d'un appel au MAR.

Les urgences pouvant être différées sont effectuées en fin de programme réglé, dans la première salle libre, en accord avec le cadre du bloc (ou son représentant) et l'anesthésiste responsable du bloc (ou son représentant). Le protocole applicable pour les urgences différées ou vitales reste identique.

- Tout patient non inscrit dans le logiciel sera considéré comme un patient en urgence différée

2.8. La gestion des urgences

Tout patient non programmé à J-1 est intégré sur la vacation de la discipline concernée ou de la salle d'urgence (première salle libérable) par le cadre régulateur au regard du degré d'urgence. Le cadre pourra faire appel au médecin régulateur en cas de litige.

Il est considéré au bloc opératoire deux types d'interventions : réglées (programmées au plus tard le vendredi de la semaine S-1) ou urgentes.

2.8.1. Les urgences vitales

Toute urgence "vitale" doit être prise en charge sans délai et faire l'objet d'une saisine immédiate du CDS et du médecin anesthésiste. Ceux-ci veillent à la mise à disposition des moyens nécessaires immédiats dans la première salle de libre et au besoin par interruption du programme opératoire.

Règles de Traitement de l'urgence vitale :

- ✓ Le chirurgien averti le CDS de bloc (ou son représentant) de la nécessité de rajouter un patient au programme opératoire pour l'organisation des équipes soignantes et la mise à disposition d'une salle d'opération.
- ✓ Le chirurgien appelle un MAR pour échanger les données médicales et organiser la prise en charge du patient.
- ✓ Le MAR informe le CDS du degré d'Urgence



- ✓ Le cadre vérifie la disponibilité des salles, du matériel et organise la prise en charge para médicale.

Les interventions *urgentes* ou urgences vitales seront réalisées avant celles programmées. Si nécessaire, le programme réglé est interrompu avec l'aval de l'anesthésiste.

2.8.2. Les urgences non vitales

Les interventions urgentes non vitales se dérouleront préférentiellement après le programme réglé (afin de ne pas perturber les horaires préétablis).

Cependant, elles font l'objet, par le chirurgien et le MAR, d'une évaluation partagée du degré d'urgence. En fonction de cette analyse, elles s'inscrivent soit dans la vacation opératoire allouée à l'opérateur, soit dans la salle d'urgence (première salle pouvant se libérer), soit à la fin du programme de jour, en fonction des disponibilités en salle et en ressources humaines.

Ces patients non programmés sont opérés dans les salles attribuées à la spécialité à la suite des interventions programmées, après accord du cadre de bloc ou de la cellule de régulation. Si un service ou un chirurgien n'a pas de salle attribuée, il attend la 1^{ère} salle libérable ayant fini son programme et pouvant assurer une prestation complète (anesthésiste, IADE, IBODE, matériel si besoin). Dans ce cas, il n'y a pas d'ouverture d'une salle supplémentaire.

Il reste indispensable de prévenir ou de faire prévenir le bloc avant 17h au 65775 (cadre ou son représentant) ou au 15751 (MAR de jour) pour tout rajout de patients.

Tout patient non programmé à J-1 est intégré sur la vacation de la discipline concernée ou de la salle d'urgence par le cadre au regard du degré d'urgence. Le cadre pourra faire appel au médecin régulateur (cellule de régulation) en cas de litige.

2.8.3. Les urgences obstétricales

Le niveau d'urgence, décrit dans la procédure « code rouge », entraîne une mobilisation sans délai et par tous moyens d'une équipe complète en salle de d'obstétrique au besoin par interruption du programme opératoire d'une autre salle. (cf. procédure QUALIOS).

N.B : La SSPI est ouverte de 08h à 20h.

En dehors de ces horaires d'ouverture et en situation de deux interventions concomitantes le service de réanimation doit pouvoir servir d'accueil pour un patient en phase de réveil.

2.9. Organisation des temps de repas

L'organisation des temps de repas des personnels médicaux et non médicaux doit permettre la continuité et la sécurité de déroulement du programme opératoire.

Elle est facilitée par la capacité de prendre son repas à proximité des salles d'opérations (salle de détente). Le temps de pause étant de 20 minutes pour un poste dont l'amplitude horaire est supérieure à 6 heures.

L'alternance d'activité de l'équipe chirurgicale et anesthésique : l'équipe chirurgicale peut se restaurer pendant que l'équipe anesthésique procède au réveil du patient et à l'induction de l'opéré suivant. L'équipe anesthésique peut ensuite se relayer pendant l'intervention suivante.

Il est acté que toute intervention programmée se termine avec la même équipe.

2.10. Organisation des fins de vacations

Il appartient à la cellule de régulation d'éviter à la fois les débordements et les fins précoces. Dans cet objectif, ils doivent être prévenus de tout retard pris ou de toute cause de modification dans le déroulement du programme. Ils sont seuls habilités à récuser un patient pour risque de débordement

2.11. SSPI

Cf. Chapitre 5.3.3. Ci-dessous.

3. GESTION DES PERSONNELS NON MEDICAUX

3.1. Description

Effectif Equivalent Temps Plein budgété :

- CDS : 1 ETP
- IBODE/IDE : 16,6 ETP dont 1 ETP Régulateur et 1ETP Référent matériel
- IADE : 13,5 ETP
- AS : 10,8 ETP
- ASH : 0,2 ETP

3.2. Missions

- **L'IADE en salle** assure, notamment :
 - ✓ Le matin, l'ouverture des salles et contrôle du matériel à l'aide d'une Check-list (ouverture salle opération secteur anesthésie - FOSO)
 - ✓ L'accueil et l'interrogatoire du patient, la vérification du dossier à l'aide de la « Fiche de liaison UF/Bloc/UF » (identité, côté à opérer, interventions, examens complémentaires...) dont il a la charge
 - ✓ La préparation du patient pour l'intervention (pose voie veineuse, préparation des produits d'anesthésie) dont il a la charge, dans le respect des protocoles institutionnels
 - ✓ L'aide au remplissage de la Check-list HAS « sécurité du patient au bloc opératoire »
 - ✓ L'aide à l'induction avec l'anesthésiste
 - ✓ La traçabilité de l'intervention sur le plan anesthésique « feuille de surveillance per opératoire et SSPI »
 - ✓ La surveillance de l'anesthésie
 - ✓ Le raccompagnement en SSPI du patient et les transmissions à l'équipe de la SSPI
 - ✓ La gestion, la commande, l'entretien et la maintenance du matériel lié à sa spécialité
 - ✓ Le contrôle le suivi et l'entretien des chariots d'anesthésie (drogues, consommables, dates de péremption...)
 - ✓ La vérification et la traçabilité des chariots d'urgence, du chariot pédiatrique, du chariot d'ALR
 - ✓ L'aide en SSPI si besoin
 - ✓ La gestion des risques en collaboration avec les correspondants des différentes vigilances (gestes d'urgence, hygiène, hémovigilance, douleur)
- **L'IADE en SSPI** assure :
 - ✓ Le matin, l'ouverture de la SSPI et la vérification du matériel selon « Check-List Salle Surveillance Post Interventionnelle »
 - ✓ La traçabilité du réveil et des traitements prescrits
 - ✓ La prise en charge des opérés (installation spécifique en fonction des interventions, surveillance du réveil, des drainages, des pansements, gestion de la douleur aigue...)
 - ✓ Le retour à l'autonomie des fonctions physiologiques, momentanément suspendues
 - ✓ Les transmissions orales à l'équipe du service concerné et renvoi des opérés
 - ✓ Le respect des protocoles d'hygiène des postes entre chaque patient
 - ✓ L'aide à la prise en charge des PCA pour les services d'hospitalisation (pose, titration)

- ✓ La gestion et la commande du matériel
 - ✓ La gestion des péremptions en SSPI
 - ✓ L'accompagnement et l'encadrement des étudiants IDE
- **L'IBODE ou IDE assure :**
 - ✓ Le matin ouverture des salles et le contrôle du matériel à l'aide d'une Check-list « Feuille d'Ouverture de Salle d'Opération »
 - ✓ La préparation du matériel pour les différentes interventions (fiches techniques)
 - ✓ En collaboration avec l'IADE à l'accueil du patient et à la vérification du dossier (identité, côté à opérer, interventions...) et à l'installation en salle
 - ✓ La coordination du remplissage de la Check-list HAS « sécurité du patient au bloc opératoire »
 - ✓ L'aide à l'intervention en tant qu'instrumentiste et/ou circulante et / ou aide opératoire
 - ✓ La traçabilité de l'intervention sur la « fiche d'intervention » (logiciel bloc), traçabilité des DM implantables, traçabilité du matériel stérile utilisé sur la « fiche de liaison UF/bloc/UF » et sur la fiche de liaison bloc/stérilisation »
 - ✓ L'aide au transfert du patient en SSPI et transmissions orales faites à l'équipe de la SSPI.
 - ✓ L'évacuation du matériel souillé selon protocole
 - ✓ La transmission de la commande des DMI à la pharmacie
 - ✓ La gestion du matériel, en collaboration avec la pharmacie
 - ✓ La vérification du matériel en prêt et s'assure que la commande, la réception et le retour du matériel de prêts temporaires ont bien été réalisés par la pharmacie/stérilisation
 - ✓ Le bio nettoyage, la réfection des différents chariots
 - ✓ La vérification et le suivi des dates de péremption des DMI et de tout le matériel restérilisable des différents arsenaux, de manière mensuelle
 - ✓ La gestion des risques en collaboration avec les correspondants des différentes vigilances (hygiène).

Les dysfonctionnements de tout ordre font l'objet d'une fiche d'évènement indésirable (EI) qui est établie via l'intranet de l'hôpital (SIGNAL WEB). Le CREX « Bloc Stérilisation » est en place et assure l'analyse des EI.

Une action correctrice est mise en place en adéquation avec le degré du risque (vérification du matériel et/ou réparation, formation du personnel, modification des pratiques...)

- **L'AS assure :**
 - ✓ Le matin, l'ouverture des salles, le bio nettoyage des surfaces selon protocole d'hygiène
 - ✓ La préparation de la salle pour l'intervention (table d'opération, appuis, ampli...)
 - ✓ L'aide à l'installation du patient pour l'intervention
 - ✓ L'aide à la sortie du patient et à l'installation en SSPI
 - ✓ Le bio nettoyage des salles d'opération entre chaque intervention et en fin de programme (traçabilité sur document spécifique)
 - ✓ Le bio nettoyage des tous les locaux communs selon protocole en collaboration avec l'ASH lorsque cet agent est présent
 - ✓ La gestion et la commande du matériel de bio nettoyage
 - ✓ Les « courses » (bons de commandes aux différents services, acheminement des prélèvements, matériel...)
- **L'ASH assure :**
 - ✓ Le bio nettoyage des locaux communs selon protocole

3.3. Modalités de répartition des Personnels Non Médicaux

Toutes les interventions nécessitent :

- Un IDE/IBODE circulant.
- Un aide opératoire et/ou une instrumentiste en fonction de la complexité de l'intervention.
- Un IADE et un anesthésiste pour les anesthésies générales et locorégionales.

L'absence des internes en chirurgie conditionne le transfert de la fonction de l'aide opératoire sur le personnel paramédical. Elle doit être connue du chef de bloc afin d'organiser la programmation et la répartition du personnel paramédical.

Présence journalière IADE :

CODES PLANNING	HORAIRES	
J10	08h00 - 15h30	Salle ouverte: 8h30/18h
S02	12h - 20h	
J10	8h00-15h30	Salle D'Endoscopies
V93	7h30 - 16h30	Salle ouverte: 8h/16h
V93	7h30 - 16h30	Salle ouverte: 8h/16h
V93	7h30 - 16h30	Salle ouverte: 8h/16h
J14	8h00 - 17h00	Salle ouverte: 8h30/16h30
J33	9h00 - 16h00	SSPI
J10	8h00 - 15h30	
S57 + Astreinte A18 ou A06 (le vendredi)	12h30 - 20h + 20h-7h30 ou 20h-8h (vendredi)	SSPI + astreinte
Samedi, Dimanche et Férié Garde sur place J14 + Astreinte A23 (samedi) ou A28 (dimanche)	8h - 17h + 17h-8h (samedi) ou 17h-7h30 (dimanche)	

Présence journalière IBODE :

CODES PLANNING	HORAIRES	
J08	8h00-14h00	Instrumentiste
V93	7h30-16h30	Salle ouverte: 8h/16h
V93	7h30-16h30	Salle ouverte: 8h/16h
V93	7h30-16h30	Salle ouverte: 8h/16h
J11	8h-16h	Instrumentiste ou Circulante ou Endoscopies
J11	8h-16h	

J37	9h-18h	Instrumentiste ou Extérieur
J14	8h-17h	Salle ouverte : 8h30/16h30 ou Instrumentiste
J14	8h-17h	Salle ouverte : 8h30/16h30 ou Instrumentiste
J09	8h-15h	Endoscopies
S02 + Astreinte A18 ou A06 (le vendredi)	12h - 20h + 20h-7h30 ou 20h-8h (vendredi)	SSPI + astreinte
Samedi, Dimanche et Férié Garde sur place J14 + Astreinte A23 (samedi) ou A28 (dimanche)	8h - 17h + 17h-8h (samedi) ou 17h-7h30 (dimanche)	

Présence journalière Aides-soignants :

CODES PLANNING	HORAIRES	
M20	7h - 14h30	Salle 5 et 6 + Ouverture Salle 3 ou 4
M32	7h30 - 15h30	Salle 5 et 6 + Ouverture Salle 3 ou 4
J35	9h - 17h	Salle 3 et 4
J14	8h - 17h	Endoscopies
V93	7h30-16h30	Transfert
J46	10h - 18h	SSPI
S02 + Astreinte A05 (lundi à jeudi) ou A08 (vendredi)	12h-20h + Astreinte 20h-7h (lundi à jeudi) ou 20h-8h (vendredi)	SSPI + astreinte
Samedi, Dimanche et Férié Garde sur place J14 + Astreinte A23 (samedi) ou A32 (dimanche)	8h-17h + 17h-8h (samedi) ou 17h-7h (dimanche)	
**J	14h24-20h00	Bio nettoyage Parties communes + Aide Sorties de Salles

3.4. Continuité du service

3.4.1. Modalités des astreintes (IBODE IADE AS)

Les jours ouvrables, astreinte de 20 h à 7h30 (7h pour les AS) le lendemain,

Le vendredi, astreinte de 20 h à 8 h le samedi,

Le samedi et dimanche, présence de 8 h à 17 h au bloc puis astreinte du samedi 17h au dimanche 8h et le dimanche de 17h à 7h30 (7h pour les AS) le lundi,

Les jours fériés, astreinte de la veille 20h au lendemain 7 h30 (ou 8h si weekend).

L'appel de l'équipe d'astreinte (IBODE IADE AS) est décidé par le chirurgien concerné par l'acte opératoire.

Elle est joignable par le standard (Cf. tableau gardes/astreintes et procédure).

L'IADE d'astreinte assure après l'acte opératoire la surveillance du patient en SSPI en collaboration avec l'AS.

3.4.2. Organisation

En dehors de la présence du cadre du bloc opératoire (absent du bloc ou congé), la continuité des soins est organisée sous la responsabilité de l'IBODE régulateur (41348) en lien avec le Cadre de pôle.

Les téléphones mobiles professionnels de l'IBODE d'extérieur (12179), de l'IADE de SSPI (12178) sont joignables à ces numéros lors de la Garde sur place.

3.5. Instrumentation

Les chirurgiens établissent une liste précise des interventions nécessitant une instrumentation par spécialité, afin d'évaluer les moyens humains à mettre à disposition. Cette liste validée par le conseil de bloc est annexée à la charte.

De plus, chaque opérateur mentionnera lors de sa programmation hebdomadaire son besoin en instrumentistes (fiche pré interventionnelle).

Les moyens en personnels prévoient l'affectation quotidienne de 4 instrumentistes de 8h00 à 16h00 (à effectif complet).

Les demandes d'instrumentation non anticipées ne peuvent être satisfaites qu'en fonction des moyens disponibles sous la responsabilité du chef de bloc.

Lors des périodes de congés annuels 1 seule instrumentiste assure les programmes réglés sur l'ensemble des disciplines.

3.6. Organisation des absences

Les plannings sont élaborés par le CDS de bloc et affichés au moins quinze jours à l'avance. Les périodes d'absences y sont notées, le planning est réajustable en permanence en fonction des absences inopinées.

Les périodes d'absences pour congés annuels font l'objet d'une réunion de planification avec le cadre du bloc en début d'année par catégorie socio-professionnelle. Le personnel doit positionner ses CA pour l'année, les périodes choisies sont tracées et les plannings de CA sont adressés à la DRH pour validation avant fin mars (Cf. référentiel temps de travail) .

4. GESTION DES PERSONNELS MEDICAUX

4.1. Description

Les spécialités intervenant au Bloc opératoire sont :

- | | |
|---|----------------|
| - Anesthésie | - OPH |
| - Cardiologie | - ORL |
| - Chirurgie orthopédique et traumatique | - Pneumologie |
| - Chirurgie viscérale | - Stomatologie |
| - Gastro-entérologie | - Urologie |
| - Gynécologie/Obstétrique | |

4.2. Modalités de répartition du personnel

4.2.1. Anesthésistes

Le tableau de répartition des MAR (cartographie d'organisation médicale) est établi au plus tard le vendredi de la semaine précédente.

L'organisation de l'anesthésiologie au bloc répond à la réglementation (décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, recommandations SFAR).

L'organisation des MAR est adaptée aux vacations opératoires. Elle garantit, quelle que soit l'activité chirurgicale programmée une prise en charge anesthésique constante des patients (d'au moins âgés de trois ans) dans le cadre des horaires définis.

En période de fonctionnement normal le nombre de MAR présent au bloc opératoire permet l'ouverture de celui-ci telle que décrite au paragraphe 2.4. Jours et heures de fonctionnement du bloc opératoire

En période d'activité restreinte, le nombre de MAR s'adapte au nombre de salles ouvertes en respectant la règle **d'un anesthésiste pour deux salles ouvertes**.

Le tableau nominatif de répartition des MAR par salle, est rédigé et communiqué au plus tard, le vendredi de la semaine précédente (liste nominative hebdomadaire).

4.2.2. Opérateurs

Les opérateurs assurent eux-mêmes leur programme opératoire en incluant les urgences de leur spécialité. La présence du senior doit être effective dès le début de la vacation.

Durant son temps de vacation opératoire le praticien ne doit prévoir aucune autre activité extérieure au bloc pouvant retarder le programme opératoire.

4.2.3. Organisation des absences

Les absences prévisibles (congrés, formation, réunions, etc...) des personnels médicaux du bloc opératoire sont communiquées au chef de bloc dès qu'elles sont connues et au plus tard selon les dispositions du chapitre 2.6. ci-dessus.

5. PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

5.1. Transport Patient

Le transport du patient est organisé par le biais du logiciel brancardage.

L'IDE du service d'hospitalisation réalise la demande de brancardage Aller/Retour pour le Bloc opératoire.

L'IBODE déclenche le transport d'arrivée du patient au Bloc opératoire en validant la demande initialement réalisée par l'IDE du service d'hospitalisation.

De la même manière, l'IADE de SSPI déclenche le départ du patient du Bloc opératoire en validant le retour initialement réalisé par l'IDE du service d'hospitalisation.

Si le patient vient des Urgences, c'est l'IDE des Urgences qui réalise la demande de brancardage pour le Bloc opératoire. L'IADE réalise la demande de brancardage pour le transfert en service d'hospitalisation.

5.2. Circuit patient

5.2.1. Appel des premiers patients le matin dès 07h30

Les patients sont appelés le matin à l'aide du logiciel de brancardage dans chacune des salles par l'IBODE.

Les patients sont installés en salle uniquement après accord de l'IBODE responsable de la prise en charge du patient en. Il s'assure de la fin de préparation du matériel d'anesthésie par l'IADE.

Les patients suivants sont appelés au fur et à mesure, en concertation avec l'opérateur.

Le week-end et jours fériés, l'IBODE appelle l'infirmier responsable du patient dans le service qui organisera le transfert vers le bloc.

Un retard médical répété de plus de 15 minutes par rapport à la programmation des premiers patients entraîne l'alerte de la cellule de régulation et à terme du conseil de bloc.

5.2.2. Arrivée au bloc

Tout patient (service de chirurgie, urgences, UACA, HDJ médical, Gynécologie Obstétrique) doit porter le bracelet d'identification au poignet, être coiffé d'une charlotte et être accompagné de son dossier médical complet. Lorsque le patient est transporté dans son lit, ce dernier est obligatoirement identifié par un bracelet. Le patient peut également être transporté sur un brancard ou en fauteuil.

Les aides-soignants du bloc opératoire accueillent et procèdent au transfert des patients dans la salle d'opération exclusivement avec l'accord et l'aide d'un(e) infirmier(e).

L'équipe infirmière valide l'arrivée du patient au Bloc au regard de son dossier et de la fiche UF/Bloc/UF.

Pour des raisons de sécurité, aucun patient ne doit être installé en salle d'opération sans l'accord de l'IDE responsable de la salle et de l'IADE.

Le début de la check-list HAS est réalisé par le coordonnateur check-list (IDE ou IBODE) dès la salle de transfert.

5.2.3. Admission en salle d'opération

Un patient ne peut rentrer en salle que si :

- Un IBODE / IDE est présent ainsi qu'une IADE en cas d'anesthésie prévue.
- L'ouverture de salle a été effectuée et tracée par l'IADE et l'IBODE,
- Le matériel anesthésique et chirurgical nécessaire pour l'intervention prévue est présent et vérifié
- Un MAR est présent au bloc opératoire et l'opérateur s'est signalé dans l'établissement

5.2.4. Sortie de salle, transfert et surveillance en SSPI

Le patient est transféré en SSPI accompagné par l'IADE et l'AS. Il est installé dans son lit ou sur le brancard. Les transmissions sont faites à l'IADE de la SSPI.

La surveillance des patients en salle SSPI est assurée par l'IADE postée en SSPI.

Sont tracés sur la feuille d'anesthésie les constantes vitales relevées à intervalles réguliers ainsi que les scores de douleur et échelle utilisée (Cf. Score Aldrette).

Si le patient doit être transféré en Réanimation, l'IADE et/ou le médecin anesthésiste réanimateur du bloc opératoire accompagnent le patient. Dans ce cas, l'IADE réalise la demande de brancardage via le logiciel.

La surveillance est assurée jusqu'à la récupération des fonctions vitales et l'analgésie post opératoire réalisée.

5.2.5. Sortie de la SSPI et retour dans le service.

La sortie du patient de la salle SSPI ne pourra être effective qu'après validation du MAR qui aura signé la feuille de surveillance post-interventionnelle.

En pratique, les consignes post-opératoires sont saisies en salle sur le logiciel PHARMA par le MAR pour la chirurgie et par l'endoscopiste pour les gestes d'endoscopie.

L'IADE de SSPI organise le retour du patient en service en utilisant le logiciel de brancardage. Au-delà de 20h00, il est nécessaire de recourir à l'AS des Urgences pour retour en chambre des patients.

Chirurgie Ambulatoire : Une attention particulière est portée par le MAR et l'IADE dès la SSPI sur la procédure de sortie de l'opéré en collaboration avec le chirurgien (réhabilitation précoce, aptitude à la rue protocolisée) avec signature de la sortie du patient en UACA par au moins un opérateur médical.

5.3. La prise en charge anesthésique.

La prise en charge anesthésique des patients au bloc opératoire se décline en trois parties : une phase préopératoire, une phase peropératoire et une phase post-opératoire. Elle est systématiquement tracée dans le dossier d'anesthésie.

5.3.1. La Phase préopératoire

- **La consultation pré-anesthésie (CPA)**

Tout patient devant bénéficier d'une anesthésie qu'elle soit générale, locorégionale ou locale avec sédation doit avoir une consultation anesthésique valide.

- ✓ Dans le cas d'une intervention réglée :

Un délai réglementaire de 48H est obligatoire, la prise du rendez-vous de consultation s'effectue auprès du secrétariat d'anesthésie.

- ✓ Dans le cas d'une intervention urgente ou semi-urgente avec un délai inférieur à 48H entre la décision d'intervention et sa réalisation :

Pour tout patient valide se déplaçant : appel du service demandeur au secrétariat d'anesthésie pour prendre un rendez-vous. Un créneau est réservé à cet effet tous les matins (hors vacances scolaires).

Pour les patients alités ou en l'absence de place à la consultation : dans un premier temps, inscription du patient sur le logiciel « Bloc » (Nom, Nature de l'intervention et Service dans lequel se trouve le patient) par le régulateur du Bloc en attendant la consultation au lit du patient par le MAR. Le patient est ensuite programmé par le CDS du bloc opératoire. Cette programmation ne peut intervenir que lorsque la consultation pré-anesthésie a été réalisée. L'intervention et le nom du patient apparaissent alors en bleu sur le logiciel du bloc opératoire.

Aucun patient ne sera admis en salle d'opération en l'absence d'une consultation d'anesthésie valide.

- **La visite pré anesthésie (VPA) :**

La VPA est une obligation réglementaire assurée par les MAR.

Pour tout patient bénéficiant d'une chirurgie ou d'une endoscopie réglée :

- Lorsque le patient est hospitalisé la veille de l'intervention la VPA se déroule au lit du patient et est tracée sur la feuille d'anesthésie,
- Lorsque le patient est hospitalisé le jour de l'intervention, que ce soit en ambulatoire ou non la VPA est réalisée au bloc opératoire par le MAR responsable de l'anesthésie et est tracée sur la feuille d'anesthésie.

5.3.2. La Phase per-opératoire

La prise en charge des patients en salle d'opération est assurée par un IADE pour chaque salle ouverte et un MAR pour deux salles.

Dans le cas de patients ASA 3 ou 4, de jeunes enfants d'âge inférieur à 5 ans, l'équipe d'anesthésie comprend 1 MAR et un IADE par patient.

En cas de besoin de renfort ponctuel, possibilité de faire appel au MAR d'extérieur.

Présence systématique en salle pour toute induction anesthésique du médecin anesthésiste réanimateur.

Modalités d'alerte du médecin anesthésiste réanimateur par l'IADE en salle d'opération :

L'IADE présent en salle d'opération assure la surveillance du patient au cours de l'anesthésie. Devant toute anomalie relevée, il doit immédiatement informer le MAR responsable du patient en particulier et de façon non exhaustive :

- lors d'une désaturation brutale,
- lors d'une baisse ou d'une augmentation non expliquée de la PCO₂,
- lors d'une baisse de la pression artérielle systolique de 30 % ou de la conservation d'une pression artérielle systolique inférieure à 100 mm Hg,
- lors d'un trouble du rythme cardiaque,
- lors de l'injection de produit à la demande du chirurgien non prévue par le protocole d'anesthésie, par exemple lors d'une curarisation.

5.3.3. La Phase post opératoire, SSPI

La sortie de la salle SSPI du patient est validée et signée par un MAR.

Les consignes post opératoires anesthésiques sont incluses dans les prescriptions informatiques du patient (protocole sur le logiciel PHARMA), en particulier pour la reprise alimentaire en endoscopie. Ces consignes sont le résultat d'un consensus entre MAR et endoscopistes. Si nécessité d'un bilan post-opératoire particulier ou d'avis spécialisé, leur inscription est également tracée dans les consignes post-opératoires.

5.4. Traçabilité de l'intervention

Toutes les interventions sont tracées informatiquement par l'IBODE sur le logiciel « Bloc ». En cas de dysfonctionnement informatique, la procédure dégradée sur support papier est mise en œuvre.

5.4.1. Check-list (HAS) sécurité du patient au bloc opératoire

Un coordonnateur de check-list chargé de vérifier tous les items est désigné pour chaque salle d'opération (IBODE de salle).

La rédaction de la check-list « sécurité patient » comprend un temps pré-anesthésique, avec présence de l'anesthésiste et un temps pré-chirurgical nécessitant la présence de l'anesthésiste et de l'opérateur. Elle est sous la responsabilité des acteurs médicaux et la coordination de l'IBODE circulante. La check-list est réalisée de façon conforme en présence de tous les intervenants.

La check-list ne doit pas être imprimée.

Tout dysfonctionnement ou écart lors de la réalisation de la check-list fait l'objet impérativement d'une déclaration d'évènement indésirable.

5.4.2. Feuille d'intervention opératoire

La feuille d'intervention permet la traçabilité du déroulement de l'intervention et le suivi des dispositifs médicaux stériles. Ces derniers sont préalablement et conjointement vérifiés par l'opérateur et l'infirmière de bloc ainsi que leurs numéros de lots et étiquettes de stérilisation. Elle rejoint le dossier du patient.

5.4.3. Fiche de liaison UF/Bloc/UF

L'IBODE appose sur cette fiche les étiquettes de traçabilité des DMS et des DMSR. En cas de panne informatique cette fiche est utilisée comme support dégradé de la fiche d'intervention opératoire.

5.4.4. Traçabilité des dispositifs médicaux (Implantables/UU/Re-stérilisables)

Toute pose de DMI implique la rédaction d'une fiche de traçabilité, transmise sans délai à la pharmacie. Une copie est archivée dans le dossier médical du patient (fiche de suivi d'intervention informatisée). En salle, l'IBODE vérifie que la fiche de dépistage ATNC soit bien remplie et signée par l'opérateur afin de renseigner la fiche de liaison bloc / stérilisation qui accompagne le matériel. En cas d'absence de la fiche de dépistage, l'opérateur doit signer et cocher la fiche de liaison bloc / stérilisation.

L'IBODE assure la traçabilité des DM re-stérilisables utilisés pendant l'intervention sur la fiche de liaison bloc/stérilisation

5.4.5. Traçabilité du rayonnement ionisant

L'opérateur mentionne dans le compte rendu opératoire la dose de rayonnements ionisants reçue par le patient durant l'intervention. L'IBODE imprime et consigne le ticket de l'amplificateur de brillance dans la pochette du patient (ticket agrafé fiche liaison UF-Bloc-UF).

5.4.6. Dossier d'anesthésie

C'est un document réglementaire conjointement rempli par les MAR et les IADE. Il est constitué d'une feuille autocopiante qui permet le suivi du déroulement du processus de la consultation d'anesthésie à la traçabilité de l'anesthésie en salle d'opération jusqu'à la surveillance post-opératoire en SSPI. Le MAR peut y inscrire les prescriptions non médicamenteuses pour la prise en charge du patient en service, les prescriptions médicamenteuses étant réalisées sur le logiciel PHARMA via Dx Care. Elle doit être impérativement signée par le MAR pour valider la sortie du patient de la SSPI.

Le premier volet de cette feuille est transmis au service, la seconde est archivée en SSPI.

5.4.7. Le registre du bloc opératoire

Il comporte les éléments contenus sur la feuille d'intervention : identité du patient, intitulé de l'intervention, opérateur chirurgical ou médical.

6. GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE DU BLOC

6.1. Compte rendu opératoire

Tout acte opératoire fait l'objet d'un compte rendu opératoire (CRO) rédigé par l'opérateur.

Le CRO doit comporter un certain nombre d'éléments obligatoires et être transmis adapté au type de prise en charge (cf. traçabilité des interventions, vigilances et gestion des risques).

6.2. Le codage des activités

Les opérateurs et les anesthésistes codent immédiatement sur l'outil informatique, les actes chirurgicaux et les actes d'anesthésie réalisés.

6.3. Les indicateurs de performance

L'optimisation du fonctionnement du bloc se lit sur une série d'indicateurs d'efficience (TVO, Temps Réel d'Occupation des salles ou TROS, taux de débordement). Le conseil de bloc est chargé d'analyser ces indicateurs afin de mettre en œuvre les réajustements organisationnels utiles.

Le suivi actualisé de ces indicateurs est affiché régulièrement dans le bloc opératoire (Cf. fréquence du conseil de bloc).

6.4. Relevé des dysfonctionnements

Une procédure de déclaration d'événements indésirables permet à chaque professionnel de faire ses déclarations de dysfonctionnement en temps réel (cf. Signal Web). Un CREx Bloc Stérilisation est en place avec un tableau de suivi des actions. Une analyse régulière est produite au conseil de bloc.

6.5. Commandes de matériel

Les commandes de petits consommables non stériles sont assurées par le magasin, sous la responsabilité du cadre.

Les commandes électro-chirurgicales sont assurées par le service biomédical.

Les commandes de matériel stériles et de certains matériels non stériles sont assurées par le service de pharmacie.

Des supports papiers et informatisés sont utilisés pour toutes les commandes.

6.6. Essai et prêt de matériel

Tout essai ou prêt de matériel doit impérativement être soumis à l'autorisation du cadre après avis de l'ingénieur bio médical ou du pharmacien.

6.7. Maintenance

Les dispositifs médicaux « sensibles » (respirateurs, bistouris électriques...) font l'objet d'une maintenance préventive régulière sous la responsabilité du service biomédical en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène si besoin. Toute maintenance préventive doit faire l'objet d'une demande largement anticipée au cadre du bloc (incidence sur l'activité opératoire).

6.8. Vigilance

Tout incident ou risque d'incident est déclaré par l'intermédiaire d'une Fiche de déclaration d'Evènement Indésirable (FEI). Cette FEI est, selon les cas, ensuite adressée au vigilant local et aux différents acteurs impliqués.

6.9. Gestion des risques

Le médecin coordonnateur des risques associés aux soins est membre invité du conseil de bloc.

Un référent radio protection est identifié dans l'établissement pour la formation à la radio protection et à la manipulation des équipements. Chaque opérateur et professionnel de santé intervenant en salle est tenu de remplir ses obligations en matière de formations et de port des dosimètres.

Un CREX « Bloc-stérilisation » est en place.

7. INTERFACES

7.1. Pharmacie / Stérilisation

Un Préparateur en pharmacie (sous responsabilité pharmaceutique) assure la gestion, les approvisionnements, des produits de santé pour le bloc opératoire au sein même du bloc opératoire.

Une IDE du Bloc opératoire, référente matériel, est dédiée à la gestion du matériel médical réutilisable, en lien avec la Stérilisation. Cet agent assure le stockage et le suivi du matériel médical réutilisable. Elle prépare le matériel nécessaire aux interventions, en collaboration avec les IBODE.

De par le lien de fonctionnement Pharmacie/Stérilisation ainsi que la nature des missions de la préparatrice en Pharmacie et l'IDE référente du matériel au sein du Bloc opératoire, ces agents travaillent en étroite collaboration.

7.2. Le laboratoire et l'EFS

7.2.1. Bilans sanguins et bactériologiques

Les bilans sanguins et bactériologiques sont acheminés au Laboratoire via le réseau pneumatique disponible directement au Bloc opératoire.

7.2.2. Prélèvements d'Anatomo-pathologie

Seuls les prélèvements anatomo-pathologiques extemporanés peuvent être envoyés au Laboratoire par le Pneumatique.

Un appel au technicien du Laboratoire est passé avant toute demande de ce type, que ce soit en Garde, WE ou en semaine.

Les autres prélèvements doivent être déposés dans le réfrigérateur prévu à cet effet.

Tous les prélèvements doivent être tracés sur le cahier de traçabilité « Traçabilité des prélèvements d'Ana-path à destination du Labo » situé à côté du réfrigérateur : Date, Nom du patient, Médecin, Nombre de prélèvements, AS/IDE, Heure de dépôt. L'acheminement y est également tracé ainsi que la réception.

En période de Garde et de W.E, les prélèvements ne pouvant être envoyés par le pneumatique sont acheminés par l'AS.

7.2.3. L'EFS

Les prélèvements à destination de l'EFS sont toujours acheminés à l'EFS par l'AS.

Un appel au technicien de l'EFS est passé avant toute demande, que ce soit en Garde, WE ou en semaine.

7.3. Le circuit du linge

- **Réception et stockage**

Le linge propre (non stérile) est amené devant l'entrée du BO dans une armoire identifiée fermée en début de matinée du lundi au vendredi par les agents du bio environnement. Un AS du bloc la récupère entre 9h30 et 10h. Dès réception, le linge est rangé (tenues de bloc à l'entrée des vestiaires ; draps, serviettes, chemises ouvertes en SSPI et en SAS de transfert ; bandeaux de sols dans le local d'entretien...). L'armoire vide est ramenée ensuite par l'AS sur le pallier au point de collecte, soit en fin de matinée, soit en début d'après-midi.

Une dotation est déterminée pour chaque service (avec possibilité d'adaptation en cas de nécessité par appel du cadre ou mail à SOS Lingerie).

Pour le week-end, une armoire de réserve est à disposition au bloc (couloir salle 5). Cette armoire est alimentée par les AS du bloc au quotidien et sous leur responsabilité en termes d'entretien.

En ce qui concerne les drapages stériles, ils sont en non tissé à UU, livré par la pharmacie dans des armoires fermées. L'intégrité des emballages et les dates de péremption sont contrôlées par les agents du bloc (AS, IBODE) à la réception.

- **Gestion et tri**

Une hygiène des mains est obligatoire avant toute manipulation de linge « propre ».

Le linge « sale » est évacué entre chaque intervention ou soin (Cf. protocole Gestion du linge sale en service de soins et entretien du support, MTEC/05/PRT/0068).

Le linge souillé est éliminé dans des sacs de recueil correctement fermés et remplis au 2/3. Ces sacs sont de couleurs différentes en fonction du type de linge (bleus : draps ; marrons : serviettes, chemise ; orange : tenues ; vert : couvre-lits).

Le linge souillé est manipulé avec des gants à UU non stériles et ne doit être ni transporté contre soi, ni déposé au sol. Le linge aura été préalablement débarrassé de tout objet dangereux (OPCT...).

Pour rappel : réaliser un lavage des mains adapté après avoir manipulé du linge « sale ».

En fin de poste, les tenues professionnelles en tissu sont placées poches vidées et à l'endroit dans un sac différencié situé dans les vestiaires. Les tenues en non tissé, calots, sur chaussures, masques... sont éliminés dans les DAOM (sacs noirs).

Les bandeaux de sols et les microfibres utilisés pour le bio nettoyage sont mis dans des filets spécifiques fermés.

Les sacs, remplis aux 2/3, sont fermés, placés sur un chariot et transportés vers le local intermédiaire situé en début du couloir de pré désinfection du bloc. Ils sont placés dans une gondole dédiée. La gondole de linge sale est récupérée par le bio environnement le matin à 5h du lundi au samedi.

- **Entretien des armoires et des gondoles**

Il est réalisé par les équipes de la blanchisserie/bio environnement. Les porte-sacs en salle, SAS ou en SSPI sont entretenus par les AS du Bloc.

7.4. Le circuit des déchets

Au bloc opératoire coexistent différents types de déchet :

- Les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés **DASRI** ;
- Les déchets assimilés aux ordures ménagères **DAOM** ;
- Les pièces anatomiques identifiables.

Le circuit des déchets est organisé (Cf. procédure MTEC/05/PRC/007).

Les déchets recyclables comme les piles, les cartouches d'imprimantes sont stockés (dans un meuble à l'entrée du bloc, dans des bacs dédiés en SSPI et en Pré désinfection) pour être acheminés par l'AS du bloc vers le magasin général pour élimination.

Les pace maker explantés sont décontaminés-désinfectés, mis dans un emballage hermétique (sacs pour tubes de prélèvement laboratoire) et adressés à la pharmacie (Cf. procédure MTEC/05/PRC/0012 version 2) pour un retour fabricant ou prestataire.

Tri :

Le tri est impératif et constitue une phase essentielle pour la sécurité des personnels sur toute la chaîne d'élimination, pour le respect des règles d'hygiène et de l'environnement (Cf. procédure). Un protocole de tri est affiché dans la zone de soins.

- **Les DAOM** sont mis dans des sacs noirs. On y trouve principalement :
 - ✓ Déchets de restauration-hôteliers (salle de détente)
 - ✓ Déchets de bureau, d'emballages (salles d'interventions, bureaux, sacs chariots d'entretien)
 - ✓ Déchets issus de soins : alèzes et tenues en non tissé, masques, coiffes sur chaussures essuie mains, verre non souillé... (Salles d'intervention, SSPI, bureaux)
 - ✓ Verres non coupants issus de soins
- **Les cartons** sont pliés et mis à plat dans des conteneurs spécifiques.
- **Les DASRI** concernent les déchets suivants et sont éliminés dans des contenants adaptés de couleur jaune:
 - ✓ Les matériels et matériaux piquants, coupants, tranchants
 - ✓ Les produits sanguins, tubes de prélèvement de sang, les dispositifs de drainage ou de recueil de fluides corporels
 - ✓ Les objets, matériels souillés par du sang ou des liquides biologiques
 - ✓ Les déchets anatomiques humains non reconnaissables

Les déchets sont éliminés entre chaque intervention (hors coupants, piquants tranchants (MTEC/05/PRT/0056)).

Un contenant adapté est prévu pour chaque type de déchet. Il est important de respecter la limite de remplissage (remplir les contenants au 2/3). Des collecteurs à objets piquants/coupants/tranchants (aiguilles, ampoules, bistouris...) sont à disposition au plus près des soins. Des fûts à DASRI sont à disposition pour les liquides biologiques, poches d'aspiration... Ces collecteurs et fûts sont datés dès leur mise en service et fermés de manière définitive avant élimination dans des conteneurs spécifiques identifiés.

Les sacs jaunes sont réservés aux déchets sans risque d'écoulement ou de perforation (poches de perfusions et tubulures, gants, seringues vides).

Les déchets sont entreposés (stockage intermédiaire extérieur) en début du couloir menant aux salles de pré désinfection du bloc opératoire. Les conteneurs à DASRI sont fermés et identifiés.

Lors du maniement des déchets type DASRI, les mesures de protections individuelles (tabliers plastiques, masques, lunettes, gants), a minima les précautions « standard » (gants, hygiène des mains), sont appliquées. En cas d'incidents (piqûres, projections...), un kit AES (SSPI) est présent au bloc opératoire et chaque professionnel s'engage à respecter la procédure. Les vestiaires sont équipés de douches.

Conditionnement :

Les collecteurs et les futs portent le nom du service et la date de début de remplissage. Dès que la limite de remplissage est atteinte (2/3), ils sont fermés hermétiquement.

Les sacs jaunes portent la date et sont identifiés par le numéro de salle d'intervention et le numéro de passage du patient (Ex : salle 1 patient 3). Les sacs sont remplis au 2/3 maximum et fermés hermétiquement.

Les contenants sont transférés vers l'AS de pré désinfection par le mur technique des salles d'intervention ou vers l'AS du bloc (utilisation d'un chariot de transport) pour déposer dans le conteneur DASRI du point de collecte du bloc.

Les sacs noirs (DAOM) sont colligés dans le collecteur identifié ordures ménagères

Pour rappel : il est interdit de déposer des déchets, même conditionnés, au sol.

Collecte des déchets et entretien des conteneurs :

Elle est effectuée deux fois par jour par les agents du bio environnement (du lundi au samedi 5h/11h et plus si demande par CDS bloc, un autre passage est possible APM). Ils assurent le réapprovisionnement du point de collecte en conteneurs propres et en assurent également l'entretien.

7.5. Le circuit pièces anatomiques

Les pièces anatomiques identifiables (Cf. code de la santé publique : articles R. 1335-9 à 12 et « règlement intérieur chambre mortuaire ») :

La pièce anatomique est emballée par les équipes du bloc immédiatement et de manière hermétique dans un double emballage à UU (sac jaune à DASRI), compatible avec le fonctionnement du crématorium. L'agent d'amphithéâtre (15767 chambre mortuaire de 8h à 20h) est appelé et vient récupérer la pièce anatomique pour l'entreposer dans un congélateur exclusivement réservé à cet effet. Le registre nominatif des pièces anatomiques est renseigné par la personne qui effectue le dépôt. Un numéro est attribué à chaque pièce anatomique et est reporté sur le bordereau de suivi. Ce dispositif permet d'assurer une traçabilité depuis le dossier de soins tout en respectant la confidentialité du patient.

L'enlèvement des pièces anatomiques s'effectue dans le cadre d'une convention avec le crématorium.

7.6. Le secteur de traitement et de désinfection des endoscopes

La salle d'endoscopie est située à proximité de l'entrée du bloc opératoire. L'organisation et les compétences des professionnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer des endoscopies digestives, bronchiques, urologiques, ORL et des ETO. Les locaux sont adaptés à la prise en charge de tous types de patients (ambulatoires ou hospitalisés) dans le respect des bonnes pratiques.

Il est à noter que des endoscopies, ETO, cystoscopie et ORL sont également réalisées en consultations externes.

Un référentiel endoscopie (procédure et protocoles) a été validé en CLIN concernant la réalisation des actes, la préparation, le circuit et le traitement désinfection des endoscopes.

Secteur de traitement et de désinfection des endoscopes

Le secteur de traitement et de désinfection des endoscopes est indépendant de la salle d'endoscopie tout en étant à proximité immédiate.

L'endoscope doit être prétraité au plus près de l'acte suivi d'une désinfection de haut niveau ou d'un niveau intermédiaire en fonction du site de destination de l'endoscope. Le bloc est doté d'équipements de désinfection permettant d'assurer toutes les étapes du nettoyage et de garantir une traçabilité complète et précise de tous les gestes, conformément aux circulaires en vigueur (cahier de traçabilité sanitaire, tickets des laveurs désinfecteurs des Endoscopes...). Du fait de son architecture complexe et des matériaux utilisés, la décontamination et la désinfection de l'appareil nécessitent un temps prévu et incompressible avant chaque examen.

La centralisation du secteur de désinfection des endoscopes au bloc opératoire près de la salle d'endoscopie permet de mutualiser les moyens de désinfection (paillasse semi-automatique, 3 LDE, armoires de stockage, Enceinte de Stockage d'Endoscopes Thermosensibles (ESET)). Le personnel non médical (infirmières, aides-soignantes) est formé initialement au traitement désinfection des endoscopes et bénéficie d'une formation sur site sous forme de DPC (UPIAS 2016). Une évaluation régulière par l'encadrement et l'UPIAS ainsi qu'un audit des pratiques et habilitation ont été mis en place.

L'accès au secteur de traitement des endoscopes est possible, même en dehors des heures ouvrables, pour la réalisation des endoscopies en urgence durant les week-ends, la nuit et les jours fériés avec du personnel formé et susceptible de réaliser rapidement la désinfection des endoscopes.

Des chariots mobiles et des bacs avec couvercles faciles à nettoyer et à désinfecter sont disponibles pour le transport des endoscopes (cf. référentiel endoscopie sur QUALIOS).

Des contrôles bactériologiques sur les endoscopes, les laveurs désinfecteurs et ESET sont réalisés à périodicité définie par l'UPIAS.

Du fait de la fréquence des urgences relatives en endoscopie digestive et bronchique, les opérateurs de ces disciplines ont la possibilité de programmer sur le logiciel bloc en temps réel et sans restriction de programmation.

CONCLUSION

Chaque professionnel a pour mission de veiller à la diffusion de cette charte et porte la responsabilité de son application.

La charte de fonctionnement, consultable sur le réseau partagé, est portée à la connaissance de tous les acteurs du bloc opératoire - y compris des nouveaux personnels - qui doivent la parapher.

L'évaluation du respect de l'application de cette charte est réalisée une fois par an à partir d'une grille construite sur la base d'indicateurs choisis par le conseil de bloc opératoire. Le choix des indicateurs est évolutif en fonction des priorités retenues par le conseil de bloc opératoire. Le résultat de cette évaluation est affiché dans le bloc opératoire.

Une relecture annuelle permet une actualisation qui est diffusée à tous.

ANNEXE 1 : LISTE DES TEXTES REGLEMENTAIRES

Les articles de cette charte reposent sur des textes législatifs et réglementaires dont les principaux sont répertoriés ci-dessous. La veille réglementaire doit-être assurée au niveau de l'établissement.

Arrêté du 7 Janvier 1993 :

Cet arrêté précise les caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques auxquelles doivent se conformer les blocs opératoires, caractéristiques devant faire l'objet d'un document écrit.

Article D 712-42 du décret 94-1050 du 5 décembre 1994,

Ce décret définit les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie (consultation pré-anesthésique, visite pré-anesthésique, anesthésie, surveillance continue post-interventionnelle)

Circulaire n°DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000

Cette circulaire est relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements de santé.

Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé – Conseil National de l'Ordre des Médecins (C.N.O.M. – décembre 2001)

Décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001 relatif à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux prévus à l'article L. 5212-1 de code de la santé publique (3ème partie :Décrets).

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Décret n° 2002-1221 du 30 septembre 2002 relatif aux catégories de dispositifs médicaux devant faire l'objet d'une communication lors de leur mise en service et modifiant le livre V bis du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Arrêté du 3 mars 2003 fixant la liste des dispositifs médicaux soumis à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité mentionnés aux Articles L.5212-1 et D. 665-5-3 du Code de la Santé Publique

Décret n° 2003-992 du 16 octobre 2003, décret n° 99-1072 du 15 décembre 1999, décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale et la réanimation

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions du code partie

IV, Professions de santé, Livre III, Auxiliaires médicaux, Titre 1er, Profession d'infirmier ou d'infirmière,

Chapitre 1er, Exercice de la profession, Section 1, Actes professionnels. Section 2, Personnes autorisées à exercer la profession. Section 3 Diplômes de spécialité, Chapitre II, Règles Professionnelles

Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé.

Arrêt du Conseil d'Etat n° 258201 du 4 février 2005 relatif à l'intégration du temps de soins réalisé au cours d'une astreinte dans le temps de travail

Manuel de Certification des Etablissements de santé V 2010

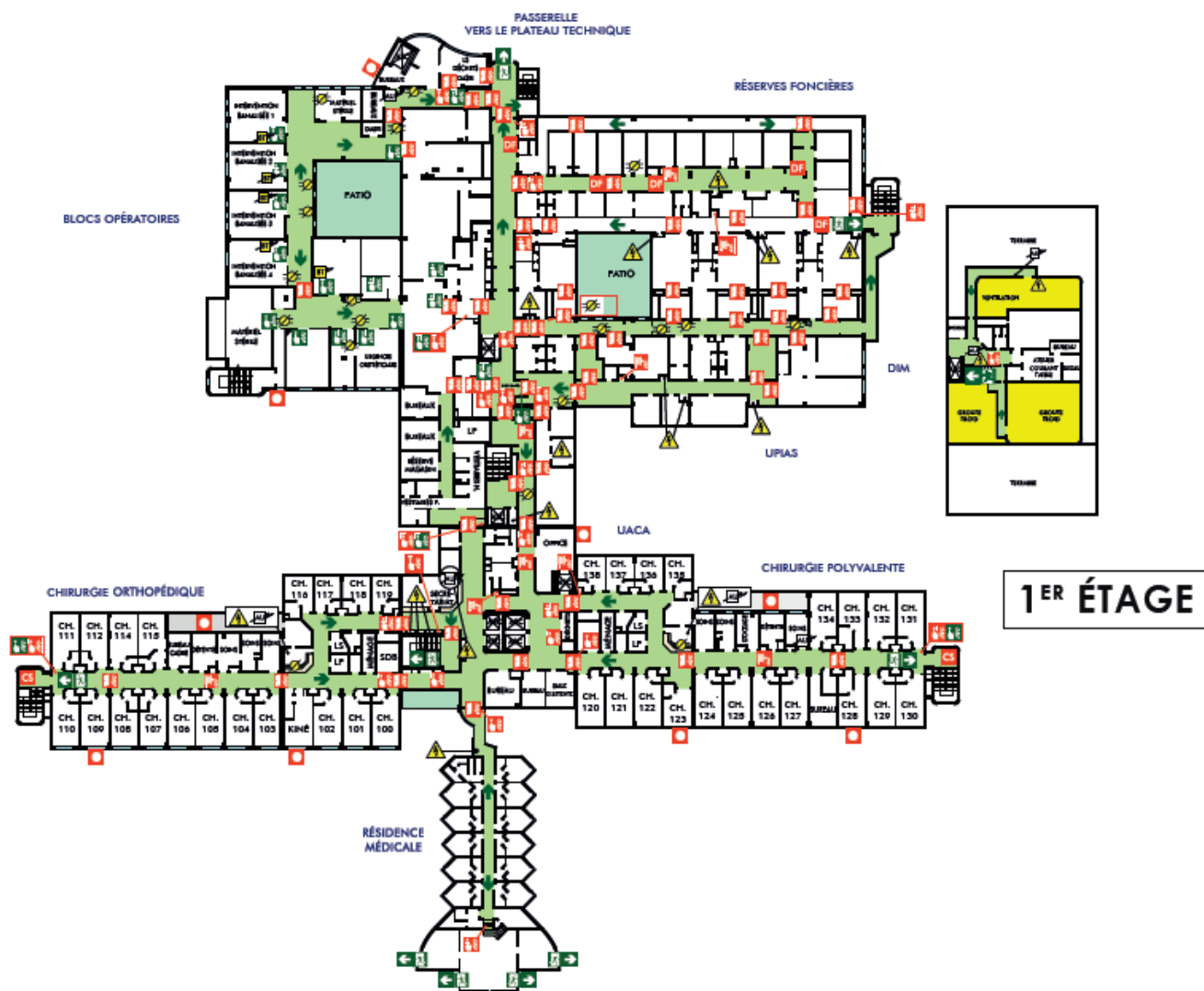
« Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des pratiques exigibles prioritaires (PEP) sont introduites dans le manuel de certification. Ces PEP sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe des experts visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée. »

L'organisation du bloc opératoire fait partie des PEP : Critère 26.a

Décret N° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

ANNEXE 2 : PLAN DE LA STRUCTURE ET DU BLOC OPERATOIRE

PLAN DU 1^{er} ÉTAGE





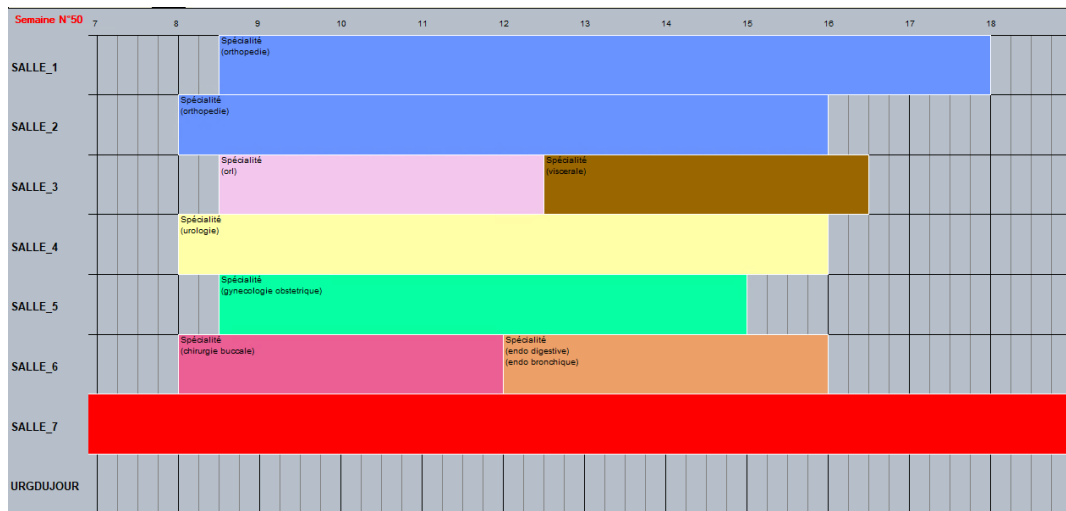
ANNEXE 3 : PLANIFICATION HEBDOMADAIRE DES TVO

➤ Semaine PAIRE

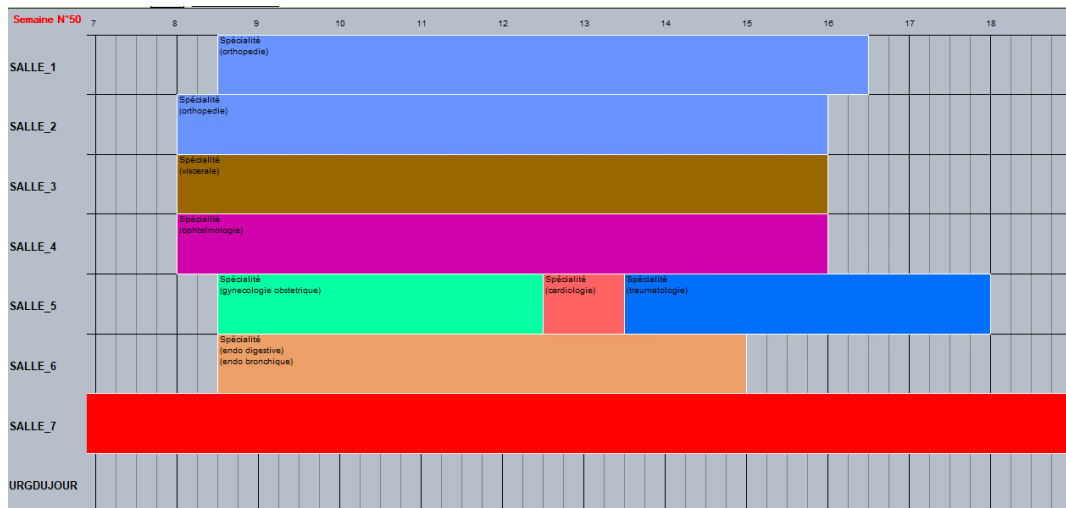
LUNDI



MARDI



MERCREDI



JEUDI

Semaine N°50	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SALLE_1			Spécialité (orthopédie)					Spécialité (traumatologie)					
SALLE_2		Spécialité (cardiologie)		Spécialité (orthopédie) (traumatologie)									
SALLE_3		Spécialité (urologie)											
SALLE_4		Spécialité (urologie)											
SALLE_5		Spécialité (viscère)					Spécialité (gynécologie obstétrique)						
SALLE_6		Spécialité (endo digestive) (endo bronchique)											
SALLE_7													
URGDJOUR													

VENDREDI

Semaine N°50	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SALLE_1			Spécialité (orthopédie)										
SALLE_2		Spécialité (orthopédie)											
SALLE_3		Spécialité (viscère)											
SALLE_4		Spécialité (ophtalmologie)											
SALLE_5		Spécialité (gynécologie obstétrique)					Spécialité (urologie)						
SALLE_6		Spécialité (endo digestive) (endo bronchique)					Spécialité (cardiologie)						
SALLE_7													
URGDJOUR													

LUNDI

Semaine N°51	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SALLE_1			Spécialité (orthopédie)					Spécialité (traumatologie)					
SALLE_2			Spécialité (orthopédie)										
SALLE_3			Spécialité (viscère)				Spécialité (urologie)						
SALLE_4			Spécialité (viscère)										
SALLE_5			Spécialité (gynécologie obstétrique)					Spécialité (ophtalmologie)					
SALLE_6			Spécialité (endo digestive) (endo bronchique)				Spécialité (cardiologie)						
SALLE_7													
URGDUIJOUR													

MARDI

Semaine N°51	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SALLE_1			Spécialité (orthopédie)										
SALLE_2			Spécialité (orthopédie)										
SALLE_3			Spécialité (ort)										
SALLE_4			Spécialité (urologie)										
SALLE_5			Spécialité (gynécologie obstétrique)				Spécialité (viscère)						
SALLE_6			Spécialité (chirurgie buccale)				Spécialité (endo digestive) (endo bronchique)						
SALLE_7													
URGDUIJOUR													

MERCREDI

Semaine N°51	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SALLE_1			Spécialité (orthopédie)					Spécialité (traumatologie)					
SALLE_2			Spécialité (orthopédie)										
SALLE_3			Spécialité (viscère)										
SALLE_4			Spécialité (ophtalmologie)										
SALLE_5			Spécialité (gynécologie obstétrique)				Spécialité (cardiologie)	Spécialité (urologie)					
SALLE_6			Spécialité (endo digestive) (endo bronchique)										
SALLE_7													
URGDUIJOUR													

JEUDI

Semaine N°51	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SALLE_1			Spécialité (orthopédie)					Spécialité (traumatologie)					
SALLE_2		Spécialité (cardiologie)		Spécialité (orthopédie) (traumatologie)									
SALLE_3		Spécialité (urologie)											
SALLE_4		Spécialité (urologie)											
SALLE_5		Spécialité (chirurgie buccale)		Spécialité (viscère)									
SALLE_6		Spécialité (endo digestive) (endo bronchique)											
SALLE_7													
URGDUJOUR													

VENDREDI

Semaine N°51	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SALLE_1			Spécialité (orthopédie)										
SALLE_2		Spécialité (orthopédie) (traumatologie)											
SALLE_3		Spécialité (viscère)											
SALLE_4		Spécialité (ophtalmologie)											
SALLE_5		Spécialité (stomatologie)		Spécialité (gynécologie obstétrique)		Spécialité (urologie)							
SALLE_6		Spécialité (endo digestive) (endo bronchique)				Spécialité (cardiologie)							
SALLE_7													
URGDUJOUR													

Préambule

En 2016, les Hôpitaux du Bassin de Thau (HBT) se sont engagés dans une démarche de renouvellement de leur gouvernance interne, qui visait à :

- Rénover l'organisation hospitalière afin d'alléger les pesanteurs administratives et fluidifier les circuits de décision,
- Conférer aux pôles plus d'autonomie et proposer un management des ressources humaines axé sur les notions de motivation et de responsabilisation,
- Améliorer la reconnaissance et la définition du rôle des soignants, à tous les niveaux hiérarchiques, pour mettre en place une politique de l'hôpital empreinte de démocratie,
- Se préparer aux défis du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

En 2022, les HBT souhaitent renforcer cette dynamique pour :

- Tenir compte des évolutions législatives et réglementaires intervenues en 2021 et 2022
- Proposer une ambition commune du projet médico-soignant à 10 ans
- Relever les défis de demain : refonte du régime des autorisations et impact sur les activités, creux de la démographie médicale et paramédicale avec émergence de nouveaux modes de collaboration et métiers, organisation des filières de soins, partenariat ville-hôpital, évolution du management, réponse aux attentes des patients en termes d'offre, de qualité et sécurité des soins et des professionnels en matière de qualité de vie au travail...
- Renforcer l'engagement collectif pour retrouver une trajectoire financière saine et poursuivre les investissements.

Cette évolution de la gouvernance des HBT s'appuie notamment sur :

- une organisation en pôle confortée,
- des projets de pôles et un projet médico-soignant des HBT renouvelés,
- un nouveau projet médical et projet de soins partagés de territoire dans le cadre du GHT,
- la refonte des contrats de pôle et du dialogue de gestion.

Les pôles d'activités constituent la structure de référence,

- de l'organisation médicale et soignante,
- de mise en œuvre du projet d'établissement et du projet médical de territoire,
- de concertation et d'échange des professionnels.

mais s'appuient de nouveau sur les services dont la place a été réaffirmée par la loi en 2021.

Renforcer la place des pôles et des services et garantir leur bon fonctionnement sont un des moyens pour permettre à l'établissement d'améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients, par une responsabilisation des acteurs de terrain, une optimisation des moyens et un découplage du processus de décision.

Pour cela, le Directeur de l'établissement définit l'organisation interne de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médico-soignant de l'établissement, après avis du Président de la CME et concertation avec le Directoire.

Les principes organisationnels et les règles de fonctionnement des pôles sont définis dans la présente charte de gouvernance, annexée au règlement intérieur de l'établissement.

Chaque pôle des HBT est composé de services et d'unités fonctionnelles réunis autour d'un Projet de pôle.

Art. L. 6143-7 7° du Code de la Santé publique (CSP) : *Après concertation avec le directoire, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1.*

Art. L. 6146-1 et 6146-2 du CSP :

Modifié par Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 - art. 4

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

Créé par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 – art. 22

Les services mentionnés à l'article L. 6146-1 constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement.

Pour l'application de l'article L. 6146-1, le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle prévu au même article L. 6146-1.

Article L6146-7 du CSP :

« Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou mdico-technique. »

Sommaire

I. Principes généraux

..... 4

II. Les acteurs de la gouvernance du pôle

..... 4

II.1. Le trinôme de pôle 4

 II.1.1. Le chef de pôle..... 4

 II.1.2. Le directeur référent du pôle..... 8

 II.1.3. Le cadre de pôle..... 8

II.2. Les responsables d'unités fonctionnelles/ de service 9

II.3. Les cadres de santé 12

III. Les modalités d'exercice de la gouvernance des pôles

..... 13

III.1. Le trinôme de pôle..... 13

III.2. Le bureau de pôle..... 13

III.3. L'assemblée générale des pôles 14

III.4. Le collège des chefs de pôles et/ou des trinômes de pôle 14

IV. Les outils du pôle

..... 16

IV.1. Le projet de pôle 16

IV.2. Le contrat de pôle 16

I. Principes généraux

Les pôles des HBT sont organisés dans le respect des principes suivants :

- ✓ **La subsidiarité** selon laquelle les pôles sont présumés compétents, au plus près du terrain, l'institution n'intervenant que dans la définition de la règle ou de l'arbitrage dans l'intérêt commun.
- ✓ **La responsabilisation** : la gouvernance confie aux chefs de pôles et trinômes de pôles un certain nombre de missions pour la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle. En contrepartie, la gouvernance s'accompagne d'une autonomie de gestion dans des domaines « délégués ».
- ✓ **La concertation et le dialogue** au sein des pôles et entre pôles, en s'appuyant sur le fonctionnement régulier des différentes instances des pôles.
- ✓ **La solidarité** : la solidarité institutionnelle au sein des pôles et entre les pôles prévaut dans les décisions d'organisation et de fonctionnement des pôles.
L'introduction d'un mécanisme d'intéressement par le contrat de pôle ne remet pas en cause ce principe de solidarité.
- ✓ **La transparence** : le suivi de l'activité, des ressources, des dépenses et des recettes est partagé au sein des pôles et entre les pôles, permettant une analyse commune à l'ensemble des pôles.
- ✓ **L'unicité** : l'autonomie renforcée du pôle s'exerce dans un cadre institutionnel. La réglementation applicable à l'ensemble des établissements publics de santé ainsi que les règles propres aux HBT s'impose aux pôles.

II. Les acteurs de la gouvernance du pôle

II.1. Le trinôme de pôle

La chefferie d'un pôle clinique et médico-technique est assurée par le chef de pôle.

II.1.1. Le chef de pôle

- **Désignation**

Article L. 6146-1 du CSP : *Le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.*

Article D. 6146-1 du CSP : « (...) les chefs de pôle sont nommés... pour une période de quatre ans renouvelable. »

Art. R. 6146-3 du CSP : *Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement*

Art R. 6144-5-1 al 3 du CSP : *Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.*

Article R6146-6 du CSP : *Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.*

Le chef de pôle clinique ou médico-technique est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la CME.

Il est nommé pour une durée de quatre ans renouvelable.

Il peut être mis fin à son mandat, dans l'intérêt du service, par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la CME.

En cas d'empêchement prolongé ou définitif du chef de pôle, un responsable provisoire est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la CME.

Le chef de pôle est invité à suivre une formation adaptée dans les deux mois suivant sa nomination. La formation comprend les apprentissages suivants :

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

Cette formation peut également comporter un accompagnement pour la mise en œuvre des contrats de pôle.

Dans le cadre de ses missions, le chef de pôle peut être assisté d'un chef de pôle adjoint désigné par lui.

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

• Attributions

Art. L. 6146-1 al 8, 11 et 12 du CSP : *Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement signent conjointement le contrat. Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.*

Le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle.

Art. L. 6143-7 al 3 du CSP : *Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, (le directeur) propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.*

Art. L. 6146-2 al 1 du CSP : *Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens non statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.*

Article R 6146-7 du CSP : *Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôle par l'établissement où ils sont nommés. Elle est modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté.*

Modifié par Décret n°2022-202 du 17 février 2022 - art. 5

Article R6146-8 du CSP : *Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans certains domaines.*

Art R. 6146-9 du CSP : *Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Le chef de pôle, en association avec les chefs de service et les cadres de santé, élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.*

Le chef de pôle est porteur de la vision du pôle. Il crée une dynamique collective, source de motivation et donc de performance au quotidien.

Dans la limite de la délégation de gestion définie dans les contrats de pôle, le chef de pôle dispose d'une compétence générale d'organisation du pôle. Il met en œuvre la politique de l'établissement et les moyens définis par le contrat de pôle afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il réalise l'ensemble de ses missions avec les équipes médicales, non médicales et d'encadrement du pôle sur lesquelles il a une autorité fonctionnelle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien, des missions et responsabilités de chacun.

Le chef de pôle a pour missions :

- De mettre en œuvre le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens (CPOM), le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES),
- D'élaborer le projet de pôle,
- D'élaborer et signer le contrat de pôle avec le directeur de l'établissement et le président de la CME

- De décliner le contrat au sein du pôle et en assurer sa bonne exécution en lien avec les responsables de services et d'unités.
- De proposer de nouveaux projets et être porteur de projet auprès des instances du pôle, de l'établissement, du comité des projets et du Directoire
- De promouvoir la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et résidents, en assurant une collaboration avec les autres pôles, et d'organiser le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)
- D'optimiser et d'assurer le suivi de l'activité externe et d'hospitalisation du pôle et de sa valorisation en lien avec le DIM et les Directions des Finances et des Opérations
- D'assurer la gestion et le suivi des ressources attribuées au pôle, et notamment d'organiser l'affectation des ressources humaines au sein du pôle en lien avec le cadre de pôle et dans le respect de la délégation de gestion définie par le contrat de pôle
- De recenser les besoins, élaborer et prioriser le plan d'équipement médical du pôle
- De proposer au directeur d'établissement la création, transformation ou suppression d'emplois médicaux au sein du pôle
- D'émettre un avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition fait l'objet d'un avis du président de la CME.
- De proposer au président de CME la désignation des chefs de service et responsables d'unités fonctionnelles, pour nomination par le directeur.
- De proposer au directeur d'établissement l'admission sur contrats des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral. Le président de la CME donne un avis sur cette proposition,
- D'organiser le travail des équipes médicales du pôle et de valider les tableaux de service.
- De garantir la permanence et la continuité des soins en lien avec les chefs de service et les responsables d'unités fonctionnelles.
- De réunir les instances du pôle, conduire les réunions du trinôme de pôle, du bureau de pôle et l'assemblée générale du pôle.
- D'organiser la concertation interne au sein du pôle en associant l'ensemble des personnels,

Suite à la publication de la loi RIST du 26 avril 2021 et de la circulaire DGOS du 6 août 2021, reprenant les éléments du rapport du Pr Olivier CLARIS, de nouvelles missions sont confiées au chef de pôle :

- De renforcer l'approche managériale par la communication, la promotion de la qualité de vie au travail en développant l'implication des acteurs et le travail en équipe, la valorisation des succès afin d'encourager les initiatives et de capitaliser sur les acquis des équipes, le renforcement du fonctionnement médico-soignant par la convergence des organisations médicales et soignantes,
- De réaliser annuellement les entretiens confraternels des chefs de service et des praticiens qui ne relèvent pas d'un chef de service.

• Implication du chef de pôle dans les instances de l'établissement

Art. R6144-3 du CSP : *La composition de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers est fixée comme suit : 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement.*

Le chef de pôle, acteur clé de l'établissement, est membre de droit de la CME. Il veille également à la représentation de son pôle dans les différentes instances, commissions, comités et groupes de travail de l'établissement. A ce titre, il favorise et organise notamment la participation des praticiens du pôle aux commissions de la CME, comités et groupes de travail de l'établissement.

NB : Nul ne peut être membre du conseil de surveillance s'il est membre du directoire.

II.1.2. Le directeur référent du pôle

- **Désignation**

Le directeur référent est nommé par le directeur de l'établissement, en concertation avec le chef de pôle.

- **Attributions**

Il conseille le chef de pôle et le cadre de pôle en assurant une mission d'appui en matière de stratégie et de gestion de projet.

Le directeur référent facilite le développement des projets de pôle et veille à leur cohérence avec le projet d'établissement. A cet égard, il :

- Participe à l'élaboration et le suivi du projet et du contrat de pôle,
- Relais, auprès du pôle, les engagements de l'établissement dans le cadre de la contractualisation externe,
- Apporte les connaissances législatives et réglementaires relatives aux établissements de santé, aux principes de gestion applicable au sein du pôle et aux axes stratégiques inscrits dans le projet d'établissement,
- Apporte son expertise et des outils méthodologiques pour conduire les démarches de projets,
- Assure, conjointement avec le chef de pôle et le cadre de pôle, le suivi et l'analyse régulière de la situation du pôle, de ses ressources et de son activité, et propose les ajustements nécessaires au bon fonctionnement quotidien du pôle
- Contribue au bon fonctionnement des instances du pôle.

II.1.3. Le cadre de pôle

- **Désignation**

Art L. 6146-1 du CSP : *Dans l'exercice de ses fonctions, (le chef de pôle) peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. Le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle.*

Le collaborateur du chef de pôle est nommé par le directeur de l'établissement parmi les cadres supérieurs de santé et le coordonnateur en maïeutique sur proposition harmonisée entre le coordonnateur général des soins et le chef de pôle. Il est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur-coordonnateur général des soins et a des relations fonctionnelles avec le chef de pôle et le directeur référent de pôle.

NB : Dans le pôle comportant une unité obstétricale, si le cadre de pôle est un coordonnateur en maïeutique. Il est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des Ressources Humaines et Affaires médicales.

- **Attributions**

Le cadre de pôle a pour missions principales :

- De participer à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet et du contrat de pôle en cohérence avec le projet d'établissement et du projet médico-soignant du GHT,
- D'être force de proposition pour de nouveaux projets auprès du chef de pôle ; de les coordonner et mettre en œuvre les actions validées : au sein du pôle, entre les pôles, avec les filières et les réseaux de soins des instances du pôle, de l'établissement et du Comité des projets.
- De participer à l'élaboration du projet médico-soignant de l'établissement, le décliner au sein du pôle, coordonner sa mise en œuvre et son suivi au sein du pôle,
- De promouvoir, au sein du pôle, la mise en œuvre et le suivi d'une politique de qualité et de sécurité de la prise en charge et de gestion des risques associés aux soins,
- De répartir les moyens humains et matériels pour une organisation optimale des soins au sein du pôle et au regard de l'activité : établir les besoins quantitatifs et qualitatifs en personnel non médicaux, les négocier, organiser et gérer la mutualisation de ces moyens
- De conseiller le chef de pôle dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités du pôle,
- De contribuer au suivi économique et financier du pôle ainsi qu'au rapport d'activité, de définir les besoins fonctionnels en lien avec les projets de rénovation ou de construction de locaux, de prioriser les critères de choix en matière d'équipements et de fournitures, de participer à l'étude prévisionnelle des recettes et des dépenses, à l'analyse des données d'activité, de coûts et de ressources, au réajustement des stratégies à visée économique
- De manager les cadres de santé,
- De proposer le plan de formation du personnel non médical, de coordonner sa mise en œuvre et son suivi,
- De participer à la définition d'une politique de communication au sein du pôle et la mettre en œuvre dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes,
- De contribuer au bon fonctionnement des instances du pôle,
- De faciliter la collaboration avec les autres pôles d'activités, la direction ainsi que les directions fonctionnelles et les responsables d'UF/de service.

II.2. Les chefs de service et coordonnateurs d'activité

Il convient désormais de les distinguer car des missions très spécifiques sont dévolues au chef de service suite à l'évolution de la politique de santé publique portée par l'Etat : loi RIST du 26 avril 2021 ; circulaire DGOS du 6 août 2021, reprenant les éléments du rapport du Pr Olivier CLARIS.

- **Désignation**

Art. R. 6146-4 du CSP : « Dans les centres hospitaliers (...), les responsables (...) d'unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, selon des modalités fixées par le règlement intérieur. Les responsables (...) d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. (...) »

Art. R. 6146-5 du CSP : « Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable (...) d'unité fonctionnelle par décision du directeur, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle. »

Les responsables d'UF/de service sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable, parmi les titulaires praticiens de l'établissement, par le directeur de l'établissement sur proposition du président de la CME après avis du chef de pôle.
Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du chef du pôle.

Dans l'intérêt du service, il peut être mis fin à leur fonction après avis du président de la CME et du chef de pôle.

- **Attributions**

Art. L. 6146-1-1 du CSP – Création Loi RIST du 26 avril 2021 : *Les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.*

Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. ...le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle prévu au même article L. 6146-1.

Le chef de service et le cadre de santé organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

Art. R. 6146-9-2 du CSP : *Le règlement intérieur de l'établissement définit les principes essentiels du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles, les chefs (...) d'unités fonctionnelles (...), notamment dans les matières suivantes :*

1° La recherche clinique et l'innovation,

2° L'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue,

3° La qualité et la sécurité des soins et des prises en charge,

4° L'organisation de la continuité et de la permanence des soins,

5° La coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient,

6° La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures,

7° Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions (..) des responsables d'unités fonctionnelles.

Article D6146-5-1 - Création Décret n°2021-1437 du 4 novembre 2021 - art. 1

Le temps consacré aux fonctions de chef de service est valorisé et comptabilisé dans les obligations de service des praticiens.

Il bénéficie d'une formation à sa prise de fonction, adaptée à l'exercice de hautes responsabilités.

Une indemnité de fonction est versée au chef de service. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

1. Les missions d'un chef de service

Trois caractéristiques essentielles différencient les missions d'un chef de service de celui d'un coordonnateur d'activité :

- 1. Le volume de l'activité caractérisé par la coordination d'un service d'hospitalisation ou d'un plateau technique comportant plusieurs équipements*
- 2. La dimension de l'équipe médicale (praticiens, assistants, internes) et paramédicale qui intervient pour réaliser l'activité*

3. *La fonction managériale qui en résulte avec la reconnaissance du binôme chef de service-cadre de santé. La complémentarité entre le chef de service et le cadre de santé, leurs capacités de dialogue et de confiance réciproques constituent des atouts pour assurer un management de proximité efficace, garant de réactivité, qualité de vie au travail, prévention des risques psycho-sociaux et des conflits. Elle s'appuie sur des formations régulières au management. L'élaboration du projet de service et la définition des délégations qui leurs sont confiées garantissent une plus grande implication des équipes dans le processus de décision.*

Le chef de service a désormais pour principales missions de :

- Elaborer, dans le cadre du projet d'établissement, le projet de service, en assurer la mise en œuvre et le contrôle
- Décliner le projet de pôle et le contrat de pôle au sein de son service
- Coordonner l'activité médico-soignante du service en lien avec le cadre de santé et organiser des réunions de service
- Assurer l'organisation de la prise en charge des patients et la coordination des soins au sein du service avec l'ensemble des professionnels de l'établissement et / ou extérieurs
- Développer et entretenir le réseau de partenaires : CPTS, filières de soins en lien avec les professionnels libéraux et autres établissements de santé et/ou médico-sociaux
- Encourager et mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients et de gestion des risques associés aux soins
- Développer l'évaluation des pratiques professionnelles au sein de son service,
- Élaborer et valider des protocoles médicaux de prise en charge des patients et veiller à leur bonne application
- Organiser l'information, l'accompagnement, le soutien des patients et de leur entourage, et la réponse aux plaintes et réclamations
- Animer l'équipe médicale, assurer l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, organiser et suivre l'encadrement des internes, organiser des staffs médico-soignants
- Former les médecins (ou désigner un référent au sein du service) à l'appropriation et au bon usage des outils informatiques
- Fixer les objectifs aux membres de l'équipe médicale, effectuer un suivi quantitatif et qualitatif de l'activité du service
- Analyser et anticiper l'évolution de l'activité médicale du service (répartition, volume, durée de séjour...)
- Optimiser la valorisation des activités (optimisation capacitaire, DMS, exhaustivité de la traçabilité des informations, optimisation de l'usage de la nomenclature pour la valorisation des actes externes...), et la maîtrise des dépenses (pertinence des actes et prescriptions...)
- Concourir au développement de l'activité du service, définir les projets et priorités d'investissements (équipements médicaux, immobilier...)
- Promouvoir des actions de communication (valorisation du service, des équipes, travaux scientifiques, enseignements post-universitaires...)
- Elaborer le tableau de service, la continuité et la permanence des soins, en identifiant les activités pour chaque praticien
- Procéder à une évaluation régulière du personnel médical du service et conduire un entretien professionnel annuel

2. Les missions d'un coordonnateur d'activité

Le coordonnateur d'activité organise et supervise les soins de sa spécialité. Il coordonne le parcours de soins, détermine et évalue la prise en charge médicale du patient.

Contrairement au chef de service, le coordonnateur d'activité exerce seul ou à deux, encadre un secteur d'activité de petite dimension ou une activité transversale. Lorsqu'il fait appel à des fonctions support (bloc opératoire, unité de chirurgie ambulatoire, plateau de consultations, de rééducation...), il n'en gère pas le fonctionnement. Il en résulte une équipe paramédicale et une fonction managériale très restreintes.

Les missions principales du coordonnateur d'activité sont :

- Elaborer, dans le cadre du projet d'établissement, le projet de sa spécialité, en assurer la mise en œuvre et le contrôle en lien avec le chef de pôle
- Décliner des éléments du projet de pôle qui lui sont spécifiques
- Assurer l'organisation de la prise en charge des patients et la coordination des soins de sa spécialité avec l'ensemble des professionnels de l'établissement et / ou extérieurs
- Participer à la démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients et de gestion des risques associés aux soins
- Organiser l'information, l'accompagnement, le soutien des patients et de leur entourage, et la réponse aux plaintes et réclamations
- Analyser et anticiper l'évolution de l'activité médicale de sa spécialité (répartition, volume, durée de séjour...), en assurer le reporting et en optimiser la valorisation
- Concourir au développement de l'activité de la spécialité, définir les projets et priorités d'investissements (équipements médicaux, immobilier...)
- Promouvoir des actions de communication (valorisation de la spécialité, travaux scientifiques, enseignements post-universitaires...)

II.3. Les cadres de santé

• Désignation

Le cadre de santé est nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du coordonnateur général des soins après avis consultatifs du cadre de pôle et du chef de service. Il est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur-coordonnateur général des soins, du cadre de pôle et a des relations fonctionnelles avec le chef de service.

• Attributions

L'évolution introduite par la loi RIST de 2021 et du rapport CLARIS est la réaffirmation du service en tant qu'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales. Elle s'appuie sur la reconnaissance du binôme chef de service-cadre de santé.

Le cadre de santé a pour principales missions au sein de son secteur de :

- Co-élaborer avec le chef de service le projet médico-soignant du service
- Mettre en œuvre le projet de soins et organiser l'activité de soins de manière coordonnée au sein du service
- Conduire les actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de gestion des risques associés aux soins,

- Proposer, mettre en œuvre et suivre des projets spécifiques à son domaine d'activité,
- Développer une culture managériale commune gestionnaire, médicale et soignante et fédérer les équipes
- Organiser la bonne affectation des ressources au sein de son secteur et participer à l'équilibre médico-économique dans le respect des contraintes institutionnelles,
- Manager l'équipe paramédicale et coordonner les moyens matériels mis à disposition,
- Développer les compétences individuelles et collectives et l'évaluation des pratiques professionnelles,
- Participer à l'élaboration des protocoles de prise en charge des patients et veiller à leur bonne application
- Co-animer avec le chef de service des réunions de service, et si besoin de débriefing en donnant aux soignants un espace de parole suite à une situation ayant mis l'équipe en difficulté
- Organiser des formations communes médecins et soignants.

III. Les modalités d'exercice de la gouvernance des pôles

Le chef de pôle organise une concertation interne en s'appuyant sur les instances du pôle afin de :

- Favoriser la communication au sein du pôle et l'expression des personnels,
- Associer les professionnels à la vie du pôle et à l'amélioration de son fonctionnement,
- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer le projet et le contrat de pôle
- Informer les professionnels du pôle des projets et du contexte institutionnels.

III.1. Le trinôme de pôle

Au sein de chaque pôle, le trinôme est composé du chef de pôle, du directeur référent et du cadre de pôle. Dans les pôles comportant un chef de pôle adjoint, le trinôme devient quadrinôme.

Les membres du trinôme de pôle ont le même niveau d'information concernant la situation et les projets de pôle.

Le trinôme de pôle se réunit régulièrement et autant que de besoin pour apporter l'appui nécessaire au chef de pôle dans l'exercice de ses missions notamment pour :

- Les arbitrages dans la gestion des ressources et des projets du pôle,
- L'élaboration et le suivi du projet de pôle et du contrat de pôle,
- La préparation du bureau de pôle.

III.2. Le bureau de pôle

Le bureau de pôle est composé du trinôme de pôle, de l'ensemble des chefs de service et des cadres de santé du pôle. Le bureau de pôle peut associer de manière permanente un représentant des professionnels qui participent au fonctionnement quotidien du pôle (praticiens, coordonnateurs d'activité, équipe transversale notamment, assistante sociale, rééducateur...etc).

Le bureau de pôle se réunit a minima une fois toutes les six semaines à la demande du chef de pôle et est présidé par le chef de pôle. Un ordre du jour est établi, arrêté par le chef de pôle avec l'appui du cadre de pôle et du directeur référent. Un relevé de conclusions est rédigé et diffusé à l'ensemble des praticiens et cadres du pôle.

Le bureau de pôle a pour principales missions de :

- Veiller au bon fonctionnement du pôle et de son organisation. Il est le lieu privilégié permettant de débattre des problématiques du pôle et de proposer, le cas échéant, des actions correctrices ou d'amélioration,
- Organiser la mise en œuvre et assurer le suivi du projet et du contrat de pôle. A ce titre il contribue à l'élaboration des outils de suivi du pôle (indicateurs, tableaux de bord, etc...) et à leur analyse. Il peut inviter à ce titre toute personne susceptible d'aider à la compréhension des outils (DIM, DAF, biologiste, pharmacien...)
- Informer l'ensemble des professionnels du pôle des actions conduites au sein du pôle et favoriser son expression, soit par l'organisation d'une assemblée générale ou tout autre mode de communication adapté à la taille du pôle.

Le bureau de pôle émet un avis formel sur :

- Le projet du pôle
- Les projets proposés par les professionnels du pôle auprès du Comité des projets, leur contenu et leur priorisation,
- Le contrat de pôle,
- Le programme d'équipement du pôle, son contenu et sa priorisation,
- Le plan de formation du pôle.

Le bureau de pôle est informé par le chef de pôle, avec l'appui du cadre de pôle et du directeur référent, des projets de l'établissement et de la vie institutionnelle.

III.3. L'assemblée générale des pôles

Elle est composée de l'ensemble des personnels du pôle.

Elle se réunit a minima une fois par an à la demande du chef de pôle et est présidé par le chef de pôle. L'ordre du jour est arrêté par le chef de pôle avec l'appui du bureau de pôle.

Elle a pour mission de :

- Permettre l'expression des personnels,
- Favoriser les échanges d'informations, assurer une information ascendante et descendante,
- Faire toutes propositions relatives au fonctionnement du pôle et de ses unités fonctionnelles,
- Participer à l'élaboration du projet et du contrat de pôle.

Son organisation s'étant révélée difficile à mettre en œuvre, notamment pour les pôles de grande taille, il peut lui être substituée toute forme de communication adaptée (lettre d'information, enquête, boîte à suggestions...).

III.4. Le collège des chefs de pôles et/ou des trinômes de pôle

Il est composé de l'ensemble des chefs de pôle et du président de la CME. Il peut être élargi au trinôme (quadrinôme) de pôle.

Il se réunit à la demande des personnes qui le compose avec un ordre du jour établi au préalable.

Le collège des chefs de pôles est un lieu privilégié de concertation et de communication entre les chefs de pôles, et si besoin entre les chefs de pôles et le directeur de l'établissement, le président de la CME et le directeur des opérations d'autre part. Il a notamment pour mission :

- De faciliter et développer les échanges entre chefs de pôles, la coordination entre les pôles et les projets communs à plusieurs pôles,
- D'associer plus étroitement les chefs de pôles à la politique de l'établissement,
- Si besoin, permettre un échange direct entre les chefs de pôle, le directeur de l'établissement, le président de la CME et le directeur de la contractualisation interne.

III.5. La rencontre PCME-Directeur-Coordonnateur des soins et trinômes de pôle

Initialement, il s'agissait d'instaurer deux fois par an des dialogues de gestion avec les trinômes de pôle, sur la base de tableaux de bord d'activité et de comptes de résultats analytiques (CREA), animés par la direction des opérations, le DIM et la pharmacie. Progressivement, elle s'est élargie à l'ensemble des cadres et chefs de service.

Puis, sa fréquence a été augmentée à une rencontre toutes les 6 semaines, afin de faciliter l'échange entre le trinôme de pôle (ce dernier pouvant être élargi aux chefs de service et cadres de santé à l'initiative du chef de pôle). Des sujets très variés pouvaient être abordés à l'initiative du pôle, de la direction ou de la présidence de CME (évolution de l'organisation, de l'équipe médicale, projets, difficultés rencontrées...).

La réintroduction des directeurs référents et l'engagement des chefs de pôle à organiser des bureaux de pôle a conduit le collège des chefs de pôle à en réduire la fréquence à quatre rencontres par an, dont deux seront consacrées au dialogue de gestion. Il a été rappelé que les demandes d'effectifs, d'équipements, de travaux... doivent être adressées aux directions fonctionnelles concernées et ne relèvent pas de ces rencontres.

IV. Les outils du pôle

IV.1. Le projet de pôle

Art. R. 6146-9 du CSP : « Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle, en association avec les chefs de service et les cadres de santé, élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle. »

Le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle, avec l'appui du trinôme de pôle, des chefs de service, des cadres de santé et des instances du pôle.

Le projet de pôle :

- définit les principaux objectifs du pôle, en tenant compte des évolutions des activités et des organisations sur les 4 prochaines années ainsi que du projet de l'établissement et du projet partagé du GHT,
- décline les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs,

Le projet de pôle est priorisé et planifié selon une « démarche projet » (identification d'un porteur de projet, étape, calendrier, évaluation médico économique...etc).

IV.2. Le contrat de pôle

Art. L. 6143-7 du CSP : « Après concertation avec le directoire, le directeur : [...] 7° Arrête l'organisation interne de l'établissement. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité »

Art. L. 6146-1 du CSP : « Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement signent conjointement le contrat. »

Le contrat de pôle est signé conjointement par le directeur et le président de la CME avec le chef de pôle, pour une période de 4 ans.

Le contrat de pôle est élaboré en cohérence avec les objectifs du projet de pôle, du projet d'établissement ainsi que des contrats conclus entre l'établissement et l'ARS.

Il définit :

- les objectifs d'activité, notamment de qualité des soins, d'activité et d'équilibre financiers du pôle,
- les moyens attribués et/ou délégués au pôle pour atteindre ses objectifs,
- les indicateurs de suivi du contrat et, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Art. R. 6146-8 du CSP : « I.- Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

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

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

Le contrat de pôle définit les modalités d'une subdélégation éventuelle de la signature du chef de pôle aux chefs de service permettant d'engager des dépenses dans ces différents domaines.

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

- 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

IV.- Il est conclu pour une période de quatre ans. »

Charte de fonctionnement Hôpital de jour obstétrical

L'hôpital de jour obstétrical relève de l'hospitalisation à temps partiel.

La présente charte de fonctionnement a été élaborée conformément à l'article D.6214-305 du Code de la Santé Publique qui prévoit que toute structure d'hospitalisation à temps partiel doit disposer d'une charte de fonctionnement et à l'instruction DGOS/R1/DSS/1A/2020-S2 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires.

Principes généraux relatifs à la charte de fonctionnement

I – Objet de la charte de fonctionnement :

La présente charte de fonctionnement a pour objet de déterminer les règles relatives au fonctionnement de l'hôpital de jour obstétrical et notamment :

- L'organisation dont les horaires d'ouverture et le personnel ;
- L'organisation générale des présences et de la continuité des soins ;
- La responsabilité médicale de l'unité ;
- Les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux.

Des annexes relatives à chaque prise en charge sont jointes au présent document.

Etablie dans l'intérêt général, cette charte s'impose à tous ceux qui participent ou sont associés à l'activité d'hôpital de jour obstétrical.

Le fonctionnement doit être conforme aux conditions d'hygiène et de sécurité telles que définies dans les règles de fonctionnement et dans les protocoles d'hygiène et de sécurité de l'établissement.

II – Elaboration de la charte de fonctionnement :

Cette charte a été élaborée par :

- L'encadrement du personnel du service de gynécologie obstétrique en concertation avec le chef du service de gynécologie obstétrique et avec l'appui de la Direction des Opérations.

Cette charte a été approuvée par :

- Le Président de la CME, la Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau et le chef du pôle Mère Enfant

Elle est appliquée depuis l'ouverture.

Toute modification de la charte aura lieu selon la même procédure que pour son élaboration initiale et fera l'objet d'une information de l'ensemble des équipes impliquées dans la prise en charge des patientes.

Organisation générale de la structure

I – Activités autorisées :

Les Hôpitaux du Bassin de Thau sont titulaires des autorisations d'activité suivantes :

- Autorisation d'activité de gynécologie obstétrique à temps complet ;

La capacité totale est de 3 places/ jour pour les prises en charge suivantes :

Le diabète pendant la grossesse

Le Petit Poids pour l'Age Gestationnel et le Retard de Croissance Intra Utérin

Le traitement de la carence martiale par ferinject et/ou Venofer en cours de grossesse et en post partum.

Le traitement médicamenteux de la grossesse extra utérine

Les disciplines concernées sont les suivantes :

- Obstétrique ;

- Echographie ;
- Diabétologie ;
- Diététique.

L'hospitalisation de jour se fera au sein du service d'hospitalisation de gynécologie obstétrique au 2^{ème} étage de l'établissement. La salle d'échographie située à l'entrée du service d'hospitalisation sera également utilisée pour cette activité.

L'hospitalisation de jour implique une prise en charge pluridisciplinaire des patientes pour une durée inférieure ou égale à 12 heures pour des examens diagnostiques et l'instauration d'un traitement le cas échéant et /ou d'une surveillance avec un suivi régulier des pathologies obstétricales. Ces séjours ne comprennent pas d'hébergement et sont au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ce mode de prise en charge.

La prise en charge en hospitalisation de jour est facilement identifiable par les usagers et fait l'objet d'une organisation spécifique. La prise en charge garantit l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

Les locaux sont agencés et équipés de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

- 1° - L'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;
- 2° - L'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins ;
- 3° - La surveillance et le repos nécessaire à chaque patient ;
- 4° - La décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients.

Le service dispose des moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, notamment les locaux, le matériel et les médicaments sont disponibles et utilisables sans délai (chariot d'urgence, procédure d'appel aux médecins anesthésistes réanimateurs).

La prise en charge médicale des patients accueillis en hospitalisation de jour obstétrical est assurée sous la responsabilité du Dr LAVOREL, gynécologue obstétricien ou du Dr ANTOINE, gynécologue obstétricien et du Dr WALLART, endocrinologue pour les hôpitaux de jour de diabète. Les praticiens s'engagent à rédiger, en fin de séjour, le compte rendu d'hospitalisation sous la forme d'une lettre de liaison spécifique.

Ce suivi faisant partie d'une prise en charge globale de la grossesse, le compte rendu de cette journée d'hospitalisation se fera sur un document d'hospitalisation spécifique du dossier médical d'obstétrique partagé par l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Afin de garantir la continuité des soins et favoriser la cohérence des actions entreprises, une lettre est établie pour le médecin traitant et les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux intervenant auprès du patient.

La qualité des relations établies favorise la communication entre l'ensemble des intervenants et a pour objectifs principaux :

- ✓ d'optimiser le parcours du patient
- ✓ d'assurer la continuité des soins par la transmission réciproque des éléments nécessaires à la prise en charge thérapeutique médicale et médico-sociale.

Les échanges avec l'extérieur se feront par messagerie sécurisée et sur le dossier médical partagé.

II – Les horaires d'ouverture:

Les horaires d'ouverture respectent les dispositions de l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique.

Les prises en charge se feront le jeudi et le vendredi de 8h30 à 17h à l'exclusion des jours fériés.

III – Le personnel :

Les dispositions relatives aux professionnels médicaux et paramédicaux sont contenues dans les annexes rédigées par type de prise en charge.

La formation des professionnels médicaux et paramédicaux est inscrite dans le cadre de la Formation continue et du Développement Professionnel Continu. Les besoins en formation s'adaptent continuellement aux nécessités et recommandations du service pour assurer en permanence une sécurité et une qualité des soins optimales.

IV – Le médecin coordonnateur :

Le médecin coordonnateur de l'activité de l'hospitalisation de jour obstétricale est le Dr Marion LAVOREL. Dans le cadre de cette mission, elle assure la responsabilité de l'organisation générale et du fonctionnement médical dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur et en relation avec les praticiens qui assurent la prise en charge des patients. Il veille notamment :

- ➔ A l'adéquation des prestations fournies aux patientes ;
- ➔ A la continuité des soins ;
- ➔ A l'organisation médicale avec ses confrères sous couvert de la Présidente de CME ;
- ➔ A l'organisation paramédicale en lien avec la Direction des Soins.

Toutefois, le Dr WALLART assure la co-coordination de l'activité dans la prise en charge du diabète compte tenu de sa spécificité.

V – Evaluation de l'activité, de la qualité et de la sécurité des soins :

L'organisation de l'activité doit pouvoir être évaluée régulièrement, faire l'objet de signalements auprès du médecin coordonnateur en cas de dysfonctionnements et pouvoir être réajustée si besoin.

Par ailleurs, la charte de fonctionnement doit comporter comme le précise le décret du 20 Août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins. En effet, le pilotage de l'activité d'hospitalisation de jour nécessite la mise en œuvre d'indicateurs de suivi de l'activité spécifiques.

Ces indicateurs sont :

- Nombre de séjours
- Taux de satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge
- Taux d'annulation à J0
- Nombre de séjours convertis (par conséquent, sans préadmission)

Ces indicateurs pourront également varier en fonction de la discipline dont il s'agit.

Modalités et mise en œuvre de la permanence et de la continuité des soins en dehors des horaires d'ouverture de la structure

Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture de l'unité. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

I – Système de permanences et continuité des soins :

La continuité des soins est assurée par les personnels médicaux et paramédicaux du service de gynécologie obstétrique.

Si une hospitalisation continue est nécessaire à l'issue du traitement, le patient est hospitalisé à temps complet dans le service de gynécologie obstétrique.

II – Modalités d'information des patients sur le système de permanence et de continuité des soins :

Chaque patiente et/ou la personne de confiance prend connaissance, avant son départ, de toutes les informations nécessaires à la résolution des questions ou des problèmes qui peuvent survenir après une hospitalisation de jour.

Il est conseillé à la patiente et/ou à la personne de confiance de contacter :

- le médecin prescripteur de l'hospitalisation de jour ;
- le bloc obstétrical en cas d'urgence.

Les coordonnées du service de gynécologie obstétrique au sein duquel se fait l'hospitalisation de jour, du bloc obstétrical et de l'établissement sont transmises à la patiente et/ou à la personne de confiance avant la sortie, ainsi que l'identité et les coordonnées du praticien prescripteur.

Constitution et communication des dossiers médicaux

La prise en charge en hospitalisation de jour implique pour chaque patiente la réalisation d'un dossier médical s'il n'est pas encore constitué dont les modalités de constitution et de communication sont fixées par la réglementation ou l'incrémentation du dossier de suivi de grossesse de la patiente existant le cas échéant. Le dossier médical est constitué ou incrémenté à l'occasion de cette prise en charge et il est directement consultable pour partie ou en intégralité dans le dossier médical informatisé de l'établissement.

Ce dossier peut être constitué des éléments suivants :

- Grilles et scores d'évaluation soignants ou médicaux
- Conclusions de l'examen clinique initial et des constatations cliniques successives réalisées par tout médecin appelé auprès du patient
- Comptes rendus et conclusions des explorations et résultats d'examens demandés
- Le cas échéant, arrêt de travail et certificats scolaires
- Recommandations écrites remises à la sortie du patient
- Lettre au médecin traitant
- Prescriptions de sortie
- Bulletin de sortie

Il sera nécessaire que soient tracés les éléments relatifs à la sortie du patient à savoir notamment son état de santé et la nécessité ou non de maintenir une surveillance médicale jusqu'à son départ effectif du service (souvent associée à l'arrivée de la société d'ambulances).

Le patient peut demander la communication du dossier médical constitué à l'occasion de sa prise en charge en hospitalisation de jour obstétrical. Cette demande peut également être formulée par le médecin traitant mandaté à cet effet par le patient, par les représentants légaux de patients mineurs ou de majeurs sous tutelle.

Le dossier médical peut également être transmis à ses ayants droit (héritiers), sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant, si l'un des trois objectifs suivant est poursuivi : connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits.

La demande doit être adressée par écrit auprès de la direction des Hôpitaux du Bassin de Thau qui y donne suite.

Le demandeur prend connaissance du dossier soit par consultation sur place, soit par l'envoi d'une copie des documents par l'établissement, conformément aux règles relatives à la communication des dossiers médicaux.

Annexe 1 : La prise en charge du diabète pendant la grossesse

I / Le personnel :

- Les médecins :

Le nombre de professionnels médicaux est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

Pour le diabète, le Dr WALLART et le Dr LAVOREL ou le Dr ANTOINE assurent la prise en charge des patientes conjointement avec le praticien qui suit la grossesse.

- Les autres professionnels de santé :

Le nombre de professionnels de santé est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées, ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés. Ils sont formés à la prise en charge à temps partiel. La qualification et le nombre de personnels présents sera en permanence conforme à la réglementation en cours. L'ensemble des personnels fait l'objet d'un planning de service arrêté et affiché dans le respect de la réglementation des conditions de travail du personnel hospitalier. Ces effectifs sont placés sous la responsabilité du cadre du pôle Mère Enfant.

Les professionnels de santé assurent une présence le jeudi entre 8h et 13h30.

Le secrétariat est assuré par une assistante médico-administrative présente de 8h30 à 13h30.

II / Les patientes éligibles en hôpital de jour diabète gestationnel :

L'orientation en HDJ obstétricale est posée par le gynécologue obstétricien ou la sage-femme qui suit la grossesse.

L'éligibilité au titre de l'HDJ obstétricale découle du nombre d'intervenants.

III/ Le parcours de la patiente:

	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
Etape 1 pré hospitalisation	Le praticien qui suit la grossesse (gynécologue obstétricien ou sage-femme)	transmet une feuille de prise de RDV à l'Assistante médico administrative	Auprès du secrétariat médical
	Assistante médico administrative / Bureau des entrées	prend contact avec la patiente pour l'informer de l'organisation de la PEC et demande au BE de réaliser une préadmission afin de créer un dossier d'hospitalisation de jour	Fiche de préadmission Via Pastel
Etape 2 Accueil	SF 3	Accueille la patiente au niveau de la salle d'attente du service d'hospitalisation	Signalétique et information sur le circuit de Prise en Charge
	SF 3	- Installe la patiente dans la zone de soins. - Récupère courrier, examen... - Réalise son admission - Vérifie son identité	Dans DxCare (mouvements)
Etape 3 Prise en Charge	SF 3	assure la coordination de la prise en charge	Matériel à disposition, moyens et locaux dédiés
	Echographiste	Réalise la consultation d'échographie obstétricale le cas échéant	Matériel à disposition, moyens et locaux dédiés
	Professionnel d'éducation thérapeutique	réalise un entretien individuel et anime un atelier de groupe d'éducation thérapeutique	PEC personnalisée Matériel à disposition, moyens et locaux dédiés
	Diététicienne	Anime un atelier de groupe	Matériel à disposition, moyens et locaux dédiés
	Endocrinologue	Anime un atelier de groupe et/ou réalise une consultation individuelle le cas échéant	PEC personnalisée / Matériel à disposition, moyens et locaux dédiés

	Gynécologue obstétricien	fait la synthèse de la PEC en consultation individuelle et trace la prise en charge : - DCPI renseigné - Document d'hospitalisation du dossier obstétrical finalisé - lettre de liaison au Médecin traitant et au praticien responsable du suivi de grossesse rédigée et remise à la patiente - Consignes et recommandations données à la patiente	- DxCare, DCPI - Courier type à partir synthèse médicale
Etape 5 Sortie	SF 3 / AS / ASH	- S'assure de la compréhension des consignes données le cas échéant avant la sortie - Assure la décontamination et désinfection des matériels et de l'environnement - assure le bionettoyage de la chambre - Réalise la sortie administrative sur DxCare NB : en cas d'hospitalisation complète, il faut que soit réalisée la mutation vers l'UF concernée (SF).	

Annexe 2 : La prise en charge des patientes dans le cadre d'un suivi
pour Petit Poids pour l'Age Gestationnel (PAG) ou Retard de Croissance Intra Utérin(RCIU)

I / Le personnel :

- Les médecins :

Le nombre de professionnels médicaux est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

Le Dr LAVOREL ou le Dr ANTOINE assure la prise en charge des patientes conjointement avec le praticien qui suit la grossesse.

- Les autres professionnels de santé:

Le nombre de professionnels de santé est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées, ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés. Ils sont formés à la prise en charge à temps partiel. La qualification et le nombre de personnels présents sera en permanence conforme à la réglementation en cours. L'ensemble des personnels fait l'objet d'un planning de service arrêté et affiché dans le respect de la réglementation des conditions de travail du personnel hospitalier. Ces effectifs sont placés sous la responsabilité du cadre du pôle Mère-Enfant.

Les professionnels de santé assurent une présence le vendredi entre 8h et 16h.

Le secrétariat est assuré par une assistante médico-administrative présente de 8h30 à 16h.

II / Les patientes éligibles en hôpital de jour PAG / RCIU :

L'orientation en HDJ obstétricale est posée par le gynécologue obstétricien ou la sage-femme qui suit la grossesse suite au dépistage d'un PAG ou d'un RCIU.

III/ Le parcours de la patiente:

	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
Etape 1 pré hospitalisation	Le praticien qui suit la grossesse (gynécologue obstétricien ou sage-femme)	Suite au dépistage d'un PAG ou d'un RCIU en consultation prénatale transmet une feuille de prise de RDV à l'AMA La date étant fixée en fonction du contexte	Auprès du secrétariat médical
	Assistante médico administrative / Bureau des entrées	prend contact avec la patiente pour l'informer de l'organisation de la PEC et demande au BE de réaliser une préadmission afin de créer un dossier d'hospitalisation de jour	Fiche de préadmission Via Pastel
Etape 2 Accueil	SF 3	Accueille la patiente au niveau de la salle d'attente du service d'hospitalisation - Installe la patiente dans la zone de soins. - Récupère courrier, examen... - Réalise son admission - Vérifie son identité	Signalétique et information sur le circuit de Prise en Charge Dans DxCare (mouvements)
Etape 3 Prise en charge	SF 3	Réalise la prise en charge obstétricale : ERCF le cas échéant + cycle tensionnel	
	Laboratoire	Réalise le bilan biologique	Au laboratoire
		Réalise la consultation	Matériel à disposition, moyens et locaux

	Echographe	d'échographie obstétricale	dédiés
	Gynécologue obstétricien	Réalise la consultation de synthèse de la PEC : - entretien individuel - DCPI renseigné - Document d'hospitalisation du dossier obstétrical finalisé - lettre de liaison au Médecin traitant et au praticien responsable du suivi de grossesse rédigée et remise à la patiente Donne les consignes et recommandations à la patiente	- DxCare, DCPI Courier type à partir synthèse médicale
Etape 4 Sortie	SF / AS / ASH	- S'assure de la compréhension des consignes données par le médecin le cas échéant - Assure la décontamination et désinfection des matériels et de l'environnement - assure le bionettoyage de la chambre - Réalise la sortie administrative du patient sur DxCare NB : en cas d'hospitalisation complète, il faut que soit réalisée la mutation vers l'UF concernée (SF).	

Annexe 3 : La prise en charge des patientes pour le traitement de la carence martiale

I / Le personnel :

- Les médecins :

Le nombre de professionnels médicaux est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

Le Dr LAVOREL ou le Dr ANTOINE assure la prise en charge des patientes conjointement avec le praticien qui suit la grossesse.

- Les autres professionnels de santé:

Le nombre de professionnels de santé est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées, ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés. Ils sont formés à la prise en charge à temps partiel. La qualification et le nombre de personnels présents sera en permanence conforme à la réglementation en cours. L'ensemble des personnels fait l'objet d'un planning de service arrêté et affiché dans le respect de la réglementation des conditions de travail du personnel hospitalier. Ces effectifs sont placés sous la responsabilité du cadre du pôle Mère-enfant.

Les professionnels de santé assurent une présence le vendredi entre 8h30 et 16h.

Le secrétariat est assuré par une assistante médico-administrative présente de 8h30 à 16h.

II / Les patientes éligibles en hôpital de jour pour carence martiale:

Un diagnostic d'anémie microcytaire < 9 g/dL ou <10.5 g/dL résistante au traitement per os avec une ferritinémie inférieure à 20 ng/ml doit être posé.

La dispensation d'un médicament de la réserve hospitalière permet l'HDJ.

III/ Le parcours de la patiente:

	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
Etape 1 pré hospitalisation	Le praticien qui suit la grossesse (gynécologue obstétricien ou sage-femme)	Suite au dépistage d'une carence martiale transmet une feuille de prise de RDV à l'AMA	Auprès du secrétariat médical
	Assistante médico administrative / Bureau des entrées	prend contact avec la patiente pour l'informer de l'organisation de la PEC et demande au BE de réaliser une préadmission afin de créer un dossier d'hospitalisation de jour	Fiche de préadmission Via Pastel
	SF 3	S'assure de la prescription de ferinject ou de venofer, commande le produit à la pharmacie avant le jour de l'hospitalisation et le réceptionne.	Sur pharma
Etape 2 Accueil	SF 3	Accueille la patiente au niveau de la salle d'attente du service d'hospitalisation	Signalétique et information sur le circuit de Prise en Charge
	SF 3	- Installe la patiente dans la zone de soins. - Récupère courrier, examen... - Réalise son admission - Vérifie son identité	Dans DxCare (mouvements)
Etape 3 Prise en Charge	SF 3	Réalise la prise en charge selon la prescription médicale et le protocole du cahier de protocoles du CHU de Montpellier « traitement de la carence	- Matériel à disposition, moyens et locaux dédiés

		martiale par ferinject en cours de grossesse et en post partum »	
	Gynécologue obstétricien	Réalise la consultation de synthèse de la PEC : - entretien individuel - DCPI renseigné - Document d'hospitalisation du dossier obstétrical finalisé - lettre de liaison au Médecin traitant et au praticien responsable du suivi de grossesse rédigée et remise à la patiente Donne les consignes et recommandations à la patiente	- DxCare, DCPI Courier type à partir synthèse médicale
Etape 4 Sortie	SF / AS / ASH	- S'assure de la compréhension des consignes données par le médecin - Assure la décontamination et désinfection des matériels et de l'environnement - assure le bionettoyage de la chambre - Réalise la sortie administrative du patient sur DxCare NB : en cas d'hospitalisation, il faut que soit réalisée la mutation vers l'UF concernée (SF).	

Annexe 4 : La prise en charge des patientes pour le traitement médical
de la grossesse extra utérine

I / Le personnel :

- Les médecins :

Le nombre de professionnels médicaux est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

- Les autres professionnels de santé :

Le nombre de professionnels de santé est adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités effectuées, ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés. Ils sont formés à la prise en charge à temps partiel. La qualification et le nombre de personnels présents sera en permanence conforme à la réglementation en cours. L'ensemble des personnels de santé fait l'objet d'un planning de service arrêté et affiché dans le respect de la réglementation des conditions de travail du personnel hospitalier. Ces effectifs sont placés sous la responsabilité de la sage-femme coordinatrice.

Les professionnels de santé assurent une présence 7j/7 et 24h/24.

Le secrétariat est assuré par une assistante médico-administrative présente de 8h30 à 16h.

II/ Le parcours de la patiente:

	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
Etape 1 Accueil	SF	Suite au diagnostic et à la demande du médecin, sollicite le Bureau des entrées pour la réalisation d'une admission afin de créer un dossier d'hospitalisation de jour	
	SF	Accueille la patiente dans la zone de soins et vérifie son identité	
	médecin	- Renseigne le dossier médical - prescrit le méthotrexate	Sur DxCare Sur pharma
Etape 2 Prise en Charge	SF	- transmet la note d'information à la patiente - Réalise la prise en charge selon la prescription médicale et le protocole du cahier de protocoles du CHU de Montpellier « Protocole de prise en charge des grossesses extra-utérines (GEU) aux urgences gynécologiques » - trace la PEC	- Matériel à disposition, moyens et locaux dédiés - sur DxCare et sur pharma
	Médecin	Réalise synthèse de la PEC - DPI renseigné - lettre de liaison au Médecin traitant rédigée et remise à la patiente	- DxCare, DPI
Etape 3 Sortie	SF / AS / ASH	- S'assure de la compréhension des consignes données par le médecin - assure la décontamination et désinfection des matériels et de l'environnement - assure le bionettoyage de la chambre - réalise la sortie administrative du patient sur DxCare	- DxCare, DPI