



Règlement intérieur du Centre Hospitalier Carcassonne



Sommaire

Introduction générale	4
 PARTIE 1. Les dispositions générales.....	 6
Chapitre 1. Statuts, sites et missions	7
Chapitre 2. Les coopérations.....	11
 PARTIE 2. L'organisation institutionnelle	 18
Chapitre 3. Le projet d'établissement	19
Chapitre 4. La gouvernance médico-administrative	22
Chapitre 5. Les instances consultatives et de dialogue social	37
 PARTIE 3. L'organisation des structures médicales et des soins	 70
Chapitre 6. L'organisation des soins	71
Chapitre 7. L'organisation en pôles d'activité.....	77
Chapitre 8. La gestion de crise.....	87
Chapitre 9. La démarche qualité	90
Chapitre 10. Le fonds de dotation « Les Portes de la Cité »	96
 PARTIE 4. Les dispositions relatives aux droits, libertés et devoirs des patients, et des usagers.....	 97
Chapitre 11. La Charte de la personne hospitalisée	98
Chapitre 12. Le droit à l'information du patient et de ses proches	99
Chapitre 13. Le respect de la personne	110
Chapitre 14. Le consentement du patient	116
Chapitre 15. Les dispositions relatives aux recherches impliquant la personne humaine, aux dons et aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain	120
Chapitre 16. Le respect du secret professionnel	126
Chapitre 17. Les réclamations et voies de recours	131



PARTIE 5. Les dispositions relatives au séjour du patient	134
Chapitre 18. Les modalités d'accueil du patient	135
Chapitre 19. Les modalités du séjour	138
Chapitre 20. Les dispositions particulières d'admission du patient	151
Chapitre 21. La sortie du patient.....	182
Chapitre 22. Les dispositions relatives au décès	186
 PARTIE 6. Les dispositions relatives aux professionnels.....	 196
Chapitre 23. Les principes généraux liés au service public et au respect des usagers..	197
Chapitre 24. L'obligation du respect du confort du patient.....	200
Chapitre 25. Les principes de bonne conduite professionnelle	204
Chapitre 26. Les droits et garanties du personnel	216
Chapitre 27. La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale	224
 PARTIE 7. Les dispositions relatives à la sécurité et à l'environnement.....	 230
Chapitre 28. Les dispositions générales relatives à la sécurité	231
Chapitre 29. Les règles de sécurité générales	235
Chapitre 30. Les règles relatives à l'interdiction de fumer, à l'usage de vapotage, à l'alcool et de stupéfiants	244
Chapitre 31. Les règles de sécurité de fonctionnement.....	247
Chapitre 32. Liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture	254
 PARTIE 8. Les dispositions relatives au règlement intérieur	 265
Chapitre 33. La procédure d'adoption du règlement intérieur	266
Chapitre 34. Les modalités de modification du règlement intérieur	267
 PARTIE 9. Annexes	 268
Liste des sigles et acronymes	269
Table des matières.....	301



Introduction générale

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

Il remplace les dispositions précédemment en vigueur. Il est complété par tous les règlements intérieurs propres à certaines structures hospitalières ou activités spécifiques, comme les chartes, les protocoles ou règlements particuliers qui peuvent s'appliquer dans certains secteurs, pôles ou services de l'établissement, et qui se réfèrent au règlement intérieur général de l'établissement.

Le règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du Centre Hospitalier de Carcassonne¹, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers et des visiteurs, de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers ainsi que des droits et devoirs du personnel.

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

Ce document doit pouvoir être consulté par toute personne intéressée. Il est à la disposition des professionnels, des usagers et des visiteurs, sous format papier, à la direction générale de l'établissement. Dans le but d'en faire un outil de référence facilement accessible, il est également consultable sur intranet et sur le site internet du Centre Hospitalier.

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



Le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Carcassonne est opposable à tous, et notamment :

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



PARTIE 1.

Les dispositions générales



Chapitre 1. Statuts, sites et missions

Article 1. Les statuts

Le Centre Hospitalier est un établissement public de santé régi par le Code de la santé publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Il est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest-Audois (GHT OA), dont les établissements parties sont les Centres Hospitaliers de Castelnaudary et de Limoux-Quillan.

Le siège du Centre Hospitalier de Carcassonne est situé :

1060, chemin de la Madeleine

CS40001

11010 CARCASSONNE Cedex.

Les identifiants du Centre Hospitalier de Carcassonne sont les suivants :

Identifiant SIREN : 261 100 028

Identifiant SIRET : 261 100 028 00 149

FINESS juridique : 110 078 006 1

Article 2. Les différents sites

2.1 Le site principal

Le Centre Hospitalier, dont le site principal Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) a été inauguré en 2014 à Montredon suite au déménagement de l'ancien site de Gayraud, offre un large panel d'expertises qui répondent aux besoins de santé, et à leurs évolutions, d'un bassin de population de 200 000 personnes.

Le site principal regroupe plus de 20 services de soins, de médecine, chirurgie, obstétrique, et médico-techniques, et propose des hospitalisations complètes, de semaine et de jour, un



plateau mutualisé de consultations mutualisés et un plateau technique de pointe (bloc opératoire, radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie, cardiologie interventionnelle, dialyse, etc.).

Relié à une plateforme médico-logistique (GAPM), il accueille également un internat et le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU).

2.2 L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « Les Rives d'Odes » (EHPAD RDO)

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « Les Rives d'Odes » dispose d'une capacité d'hébergement de 200 lits dont 170 lits d'EHPAD et 30 lits d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée). L'établissement propose 182 chambres individuelles et 9 chambres doubles.

L'établissement prend en charge et prévient les dépendances des personnes âgées de plus de 60 ans tout en gérant le maintien de l'autonomie restante, et assure l'accompagnement de fin de vie. Il est l'un des maillons de la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés sur son territoire.

2.3 L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « Iéna » (EHPAD Iéna)

Idéalement positionné en centre-ville, l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes Iéna dispose d'une capacité d'hébergement de 90 lits répartis en 71 chambres, dont 52 chambres individuelles.

L'établissement prend en charge et prévient les dépendances des personnes de plus de 60 ans tout en gérant le maintien de l'autonomie restante. Il est l'un des maillons de la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés.

2.4 Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)

L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) est agréé pour un quota de 80 étudiants infirmiers par promotion dont 25% issus de la formation professionnelle continue et 71 élèves aides-soignants. La voie d'accès par l'apprentissage est possible ainsi que par la validation des acquis de l'expérience (VAE).



2.5 L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)

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

2.6 Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)

Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, est un centre qui réalise la prévention, le diagnostic, le dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles du territoire de l'Ouest Audois.

2.7 Le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA)

Le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions accueille les personnes et leur entourage pour la prévention, la prise en charge, ainsi que la prévention de la rechute de problématiques addictives avec ou sans produit.

2.8 Le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP)

Le Centre d'Action Médico-Social Précoce accueille les enfants de 0 à 6 ans à risque ou présentant des troubles neuro-développementaux, sensoriels, mentaux ou comportementaux. Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire : pédiatre, pédopsychiatre, assistante sociale, auxiliaire de puériculture, éducatrices (spécialisées et jeunes enfants), kinésithérapeute, orthophonistes, psychologues, psychomotriciennes et secrétaires médicales.

2.9 Service d'Aide Médicale Urgence (SAMU) Centre 15 et Service d'Accès aux Soins (SAS)

Ils sont situés sur une plateforme commune SAMU-SDIS, appartenant au SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours).



2.10 Antenne Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Quillan

L'antenne Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation de Quillan, située dans les locaux du Centre Hospitalier de Limoux-Quillan, assure la couverture des urgences médicales dans toute la Haute Vallée de l'Aude.

2.11 Établissements en direction commune

Le Centre Hospitalier assure la direction commune de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes de Trèbes et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes de Rieux-Minervois.

Article 3. Les missions

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

En tant qu'établissement public de santé, le Centre Hospitalier est chargé d'assumer les missions de service public, en assurant ou concourant :

- à l'urgence et la permanence des soins ;
- à l'enseignement et la formation du personnel de santé médical et non médical ;
- à la recherche ;
- aux actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec d'autres partenaires ;
- à la médecine pénitentiaire.

Il garantit à tout patient l'égal accès à des soins de qualité qu'il dispense sans aucune discrimination.

Il élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à son activité.



Il participe à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en concertation avec le Conseil Départemental pour les compétences qui le concerne.

Il mène, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

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

Chapitre 2. Les coopérations

Article 4. **Le Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois (GHT OA)**

Dans le cadre de la loi de modernisation du 26 janvier 2016, le Groupement Hospitalier de Territoire Ouest-Audois s'est constitué en 2016 autour du Centre Hospitalier de Castelnaudary, du Centre Hospitalier de Limoux-Quillan et du Centre Hospitalier de Carcassonne, établissement support du GHT.

4.1 Les objectifs et finalités du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois (GHT OA)

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

Les trois établissements signataires positionnent leurs actions au sein du Groupement Hospitalier de Territoire dans une stratégie de groupe public. L'élaboration du Projet Partagé de Prise en charge du Patient (4P) en est la traduction.

Le Groupement Hospitalier de Territoire Ouest-Audois (GHT OA) a signé en 2017 une convention d'association avec le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse afin



d'organiser l'accès à l'offre de soins de recours et la coordination des missions hospitalo-universitaires sur le territoire. Cette convention d'association devrait être actualisée à échéance été 2025.

4.2 Les instances du Groupement Hospitalier de Territoire

- **Le Comité Stratégique (COSTRAT)**

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

Il est chargé d'une part de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive, du projet médical partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. D'autre part, il élabore le règlement intérieur du groupement, reçoit les avis émis par la Commission Médicale de Groupement (CMG), par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Territoire (CSIRMTT) et par le Comité des Usagers de groupement, et reçoit pour avis les États Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD) des établissements parties au groupement.

Le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) de territoire lui dresse un bilan annuel de l'activité du groupement.

- **La Commission Médicale de Groupement (CMG)**

La Commission Médicale de Groupement élabore la stratégie médicale du Groupement Hospitalier de Territoire, et participe, avec la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Territoire, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du Projet Partagé de Prise en charge du Patient (4P).

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



La Commission Médicale de Groupement est consultée pour avis, et peut faire des propositions auprès du Comité Stratégique, sur :

- la constitution d'équipes médicales de territoire ;
- la mise en place de pôles inter-établissements ou de fédérations médicales inter-hospitalières ;
- le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins ;
- la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins du groupement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- la politique territoriale de développement professionnel continu des personnels ;
- le projet social et le projet managérial du groupement, pour leur volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des établissements parties ;
- les objectifs communs des projets sociaux et managériaux des établissements parties au groupement, concernant les professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- la politique en matière de coopération territoriale concernant les établissements parties ;
- la politique territoriale de recherche et d'innovation ;
- la politique territoriale des systèmes d'information ;
- le cas échéant, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique, le programme d'investissement unique ou le plan pluriannuel de financement unique.

Ces avis sont transmis au Comité Stratégique et à chacune des Commissions Médicales d'Établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire.

La Commission Médicale de Groupement élit son Président et son Vice-Président parmi les praticiens qui en sont membres titulaires. La durée des fonctions est de quatre ans, renouvelable une fois.

Le Président de Commission Médicale de Groupement (PCMG) veille au bon fonctionnement de la commission.



Il présente annuellement à la Commission Médicale de Groupement son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

Il présente un bilan de la mise en œuvre du Projet Partagé de Prise en charge du Patient au Comité Stratégique.

Il signe conjointement avec le directeur de l'établissement support les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques inter-établissements conclus avec le chef de pôle.

Il décide conjointement avec le directeur de l'établissement support des nominations des chefs de pôles inter-établissements entre tout ou partie des établissements parties au groupement.

- **La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Territoire (CSIRMTT)**

Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques des établissements de santé parties et de représentants de professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.

Les avis émis sont transmis au Comité Stratégique de groupement et à chaque Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques des établissements parties au groupement.

Le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Territoire est un Coordonnateur général des soins désigné par le Directeur de l'établissement support.

- **Le Comité des Usagers (CU)**

Le Comité des Usagers est présidé par le Directeur de l'établissement support du groupement.

La convention constitutive fixe sa composition, ses compétences et ses missions.



Les avis émis par le Comité des Usagers de groupement sont transmis aux membres du Comité Stratégique et à chacune des Commissions des Usagers des établissements parties au groupement.

- **La Conférence Territoriale de Dialogue Social (CTDS)**

La Conférence Territoriale de Dialogue Social comprend :

- le Président du Comité Stratégique préside la conférence ;
- un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un Comité Social d'Établissement d'un établissement partie au groupement ;
- des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans plusieurs Comités Sociaux d'Établissement des établissements parties au groupement ;
- le Président de la Commission Médicale de Groupement, le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Territoire et d'autres membres du Comité Stratégique, désignés par son Président.

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

- **Le Comité Territorial des Élus Locaux (COTEL)**

La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du Comité Territorial des Élus Locaux.

Les Maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux Conseils de Surveillance des établissements parties, le Président du Comité Stratégique, les Directeurs des établissements parties au groupement et le Président de la Commission Médicale de Groupement en sont membres de droit.

Le Comité Territorial des Élus Locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. D'autres missions peuvent lui être déléguées dans la convention constitutive.



Article 5. **La Plateforme Médico-Logistique « GCS GAPM »**

Le Groupement Audois de Prestations Mutualisées (GAPM) a été constitué sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) pour exploiter une plateforme de prestations logistiques de restauration, de blanchisserie et d'approvisionnement général, et de prestations pharmaceutiques, incluant la préparation des chimiothérapies et la dispensation nominative robotisée pour le compte des autres établissements sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux du territoire.

Localisé sur le même site que le Centre Hospitalier de Carcassonne, relié par une galerie logistique, le Groupement de Coopération Sanitaire est composé d'environ 120 agents dont la plupart sont mis à sa disposition par le Centre Hospitalier. Il est titulaire de l'autorisation de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Article 6. **Les autres coopérations**

Particulièrement investi sur son territoire, le Centre Hospitalier est membre de plusieurs structures de coopération sanitaire dont le Groupement d'Intérêt Economique d'Imagerie Médicale Ouest Audois (GIE IMOA) pour l'imagerie en coupe, le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale Coopération Autisme 11 (GCSMS COOP'A 11) avec l'Association pour Adulte et Jeunes Handicapés (APAJH) destiné à exploiter l'autorisation de 15 places de Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), ou encore le Groupement de Coopération Sociale Coopérations Territoriales avec l'Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention (USSAP), titulaire des autorisations de psychiatrie.

Il recense chaque année plusieurs centaines de conventions de coopération avec les partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux, mais également associatifs du territoire et hors territoire, dont la plupart ont pour objectif d'améliorer et de fluidifier les parcours patients.

Il coopère étroitement avec la médecine de ville, en particulier avec l'Association pour la Permanence des Soins Ambulatoires (APSA) dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS), et est membre des instances de plusieurs Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) du territoire Ouest-Audois, dont il convie régulièrement les représentants à la Commission Médicale d'Établissement (CME).



Enfin, il est membre fondateur de l'association « Hôpitaux Ouest-Occitanie » (H2O) structurée autour du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, qui vise à développer les coopérations médicales pour conforter l'offre de soins publique en tout point du territoire.



PARTIE 2.

L'organisation institutionnelle



Chapitre 3. Le projet d'établissement

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

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

Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit les engagements en matière de développement durable.

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

L'actuel projet d'établissement du Centre Hospitalier a été validé par les instances en juin 2022. Il s'intitule « VERT 2027 » et couvre la période 2022-2027. Il s'appuie sur trois engagements forts de l'établissement :

- engagement 1 : renforcer la qualité de vie au travail et le management bienveillant ;
- engagement 2 : innover dans l'organisation et les modes de prise en charge ;
- engagement 3 : poursuivre l'engagement dans le développement durable.

Le suivi du projet d'établissement est assuré dans le cadre d'un comité de pilotage qui se réunit au moins une fois par trimestre.

Article 7. Le projet médico-soignant

Le projet médico-soignant 2022-2027 regroupe le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans une démarche de prise en charge globale des patients et d'exhaustivité des parcours de soins. Il définit, en conformité avec le projet partagé de prise en charge du patient du Groupement Hospitalier de Territoire (4P), les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population. Le projet médico-soignant prend en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques.



Le projet médico-soignant du projet d'établissement 2022-2027 s'articule autour de quatre axes :

- axe 1 « développement et adaptation de l'offre de soins » et axe 2 « ouverture et positionnement sur le territoire » sont indissociables, ils témoignent de la mise en place des parcours et activité de soins et sont construits en miroir (axe 1 : parcours et activités de soins à l'échelle de l'établissement, axe 2 : parcours et activités de soins à l'échelle du territoire) ;
- axe 3 « qualité des soins et efficacité des organisations » porte en grande partie sur les innovations en santé que souhaite promouvoir le Centre Hospitalier ;
- axe 4 « attractivité et engagement » répond à l'exigence d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels.

Article 8. **Le projet managérial**

Le projet de gouvernance et de management participatif (ou projet managérial) ambitionne de définir la meilleure organisation interne pour conduire le projet d'établissement 2022-2027. C'est la raison pour laquelle il clôture ledit projet. Sa mise en œuvre sera déterminante pour satisfaire les trois engagements du Centre Hospitalier et garantir la mise en œuvre de l'ensemble des actions inscrites dans chacun des quatre axes.

Il identifie deux priorités :

- clarifier et simplifier les circuits décisionnels ;
- améliorer le pilotage et la conduite de projet.

Article 9. **Le projet social**

Le projet social 2022-2027 définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Il comporte trois volets :

- un socle commun aux personnels médicaux et non médicaux, intitulé « dynamiser l'attractivité du Centre Hospitalier de Carcassonne pour les professionnels » ;
- un volet concernant spécifiquement le personnel non médical, affichant une volonté « de visibilité et de proximité » ;
- un volet spécifique au personnel médical intitulé « susciter et accompagner l'engagement ».



Article 10. **Le projet psychologique**

Le projet psychologique 2022-2027 vise à instaurer une représentation de la profession dans l'institution garantissant la prise en compte de la dimension psychologique à différents niveaux et adaptée à l'exercice des psychologues et de la psychologie. Il est fondé sur une réflexion collective du collège des psychologues du collège du Centre Hospitalier.

Article 11. **Le projet immobilier**

Le projet immobilier 2022-2027 ambitionne de pérenniser et développer les activités de l'établissement en optimisant l'utilisation des locaux actuels dont ceux du rez-de-jardin, en réalisant les extensions et constructions nécessaires. Ces évolutions des locaux du site de Montredon tiennent compte des contraintes d'inondabilité du site, de la démarche de développement durable engagée par le Centre Hospitalier et des capacités financières de l'établissement.

Article 12. **Le projet performance**

Le projet performance 2022-2027 décline la stratégie budgétaire et financière de l'établissement sur la période.

Article 13. **Le projet des usagers**

Les représentants des usagers du Centre Hospitalier collaborent et contribuent activement, depuis de nombreuses années, à l'amélioration de la vie quotidienne des patients et de leurs proches en faisant remonter les besoins et les attentes des usagers auprès de la direction et en participant notamment aux instances et aux groupes de travail de l'établissement.

Le projet des usagers 2022-2027 traduit la volonté de l'établissement de prendre en compte ce qui ne relève pas du domaine médical ni du domaine paramédical. Il donne toute son importance à l'accompagnement éthique, social et humaniste du soin afin de garantir pleinement la qualité de la prise en charge des patients, ainsi que le respect de leurs droits.



Article 14. **Le projet éco-responsable**

Il constitue la feuille de route de la démarche de développement durable en intégrant l'interdépendance du pilier environnemental, du pilier économique et du pilier social – sociétal. Il a pour objectif de pérenniser la certification ISO 14001 (*International Organization for Standardization*) du Centre Hospitalier en diffusant l'engagement éco-responsable dans tous les secteurs d'intervention (soins, gestion, etc.).

Article 15. **Le projet qualité, gestion des risques et sécurité des soins**

La politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins est adossée au projet médico-soignant. Elle définit les axes stratégiques de prise en charge des patients et de la sécurité des soins.

Les orientations stratégiques du Centre Hospitalier ont pour objectifs de renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge des patients.

Des plans d'actions concrets déclinent les actions du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel, et favorisent une forte appropriation de l'ensemble des professionnels.

Des ambassadeurs qualité sont identifiés et sont présents au plus près des professionnels pour les accompagner dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

Chapitre 4. **La gouvernance médico-administrative**

Article 16. **La Direction du Centre Hospitalier**

16.1 Le Directeur du Centre Hospitalier

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



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

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

Le Directeur du Centre Hospitalier est assisté par une équipe de Directeurs Adjointes dont il détermine le positionnement dans l'organigramme général présentant les directions fonctionnelles, de sites et de pôles. Il propose la nomination des Directeurs Adjointes et de la Coordinatrice Générale des Soins au Directeur Général du Centre National de Gestion. L'équipe de direction du Centre Hospitalier est composée :

- d'une Coordinatrice Générale des Soins et Directrice qualité gestion des risques ;
- d'une Directrice du Système d'information, du biomédical et du dossier patient informatisé ;
- d'une Directrice des ressources humaines et de la politique sociale ;
- d'une Directrice des affaires médicales, des coopérations et des affaires générales et unité de recherche clinique ;
- d'un Directeur du pôle médico-économique ;
- d'un Directeur patrimoine et logistique ;
- d'un Directeur de la plateforme médico-logistique ;
- d'une Directrice du pôle maintien de le l'autonomie ;
- d'une Directrice de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé.

16.2 Les attributions du Directeur

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

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



Le Centre Hospitalier de Carcassonne étant l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois (GHTOA), le Directeur du Centre Hospitalier exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au Groupement Hospitalier de Territoire (Centre Hospitalier de Castelnaudary et Centre Hospitalier de Limoux-Quillan), pour l'ensemble des activités mentionnées à l'Article L. 6132-3 du Code de la santé publique.

Après concertation du Directoire, le Directeur du Centre Hospitalier :

- conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'Article L. 6114-1 du Code de la santé publique ;
- décide, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement et en lien avec le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et 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 ;
- arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- détermine le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Établissement et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques en ce qui concerne les équipements médicaux et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'Article L. 6145-1 du Code de la santé publique et le plan global de financement pluriannuel, après avis du Conseil de Surveillance ;
- arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;
- arrête l'organisation interne de l'établissement – s'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le Directeur du Centre Hospitalier et le Président de la Commission Médicale d'Établissement arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'Article L. 6146-1 du Code de la santé publique ;
- peut proposer au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération mentionnés aux Articles L. 61431-1 à L. 6135-1 du Code de la santé publique ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux Articles L. 6327-2 et L. 6327-6 du Code de la santé publique ;
- conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;



- conclut les baux emphytéotiques en application de l'Article L. 6148-2 de la santé publique, les contrats de partenariat en application de l'Article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'Article L. 6148-3 du Code de la santé publique ;
- soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;
- conclut les délégations de service public mentionnées à l'Article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- présente à l'Agence Régionale de Santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'Article L. 6143-3 du Code de la santé publique ;
- arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'Article L. 3131-7 du Code de la santé publique ;
- soumet au Conseil de Surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'Article L. 6145-7 du Code de la santé publique.
- définit, après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux Articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du Code de la sécurité sociale.

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

- il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination des Directeurs Adjointes et de la Coordinatrice Générale des Soins ;
- il nomme les Chefs de pôle d'activité sur présentation d'une liste élaborée par le Président de la Commission Médicale d'Établissement pour les pôles cliniques ou médico-techniques. En cas de désaccord, le Directeur du Centre Hospitalier demande une nouvelle liste. Si un nouveau désaccord survient, il nomme les Chefs de pôle de son choix ;
- il nomme avec le Président de la Commission Médicale d'Établissement les Chefs de service sur proposition du Chef de Pôle ;
- sur proposition du Chef de pôle ou, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement, il propose au Directeur Général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux,



pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'Article L. 6152-1 du Code de la santé publique dans les conditions fixées par voie réglementaire – l'avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement est communiqué au Directeur Général du Centre National de Gestion ;

- à l'exception des membres de droit, il nomme et révoque les membres du Directoire, après information du Conseil de Surveillance.

ARTICLE 19 DE L'ORDONNANCE N° 2004-559 DU 17 JUIN 2004

ARTICLE 38 DE LA LOI N° 93-122 DU 29 JANVIER 1993

ARTICLE L. 3131-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6114-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6132-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6143-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 6143-7 ET L. 6143-7-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6145-1 ET 6145-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6146-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6148-2 ET 6148-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6152-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 162-17-8 ET L. 162-17-9 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ARTICLES L. 61431-1 À L. 6135-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 6327-2 ET L. 6327-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

16.3 Les délégations de signature du Directeur

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

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

Toute délégation de signature doit mentionner :

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



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

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

Les délégations de signature sont consultables sur le site internet du Centre Hospitalier.

ARTICLES D. 6143-33 À D. 6143-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

16.4 Le pouvoir de police du Directeur

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

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

ARTICLES L. 6143-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

16.5 La garde administrative

Afin d'assurer la continuité du service public hospitalier, le Directeur du Centre Hospitalier organise avec les membres de l'équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de signature, les gardes administratives.

Le Directeur de garde bénéficie de la délégation des attributions du Directeur du Centre Hospitalier dans la limite de ce qui est nécessaire à la garde administrative.

La garde administrative résulte de la nature même du service hospitalier qui est un service permanent. Elle a pour mission d'assurer le fonctionnement continu de l'ensemble du Centre Hospitalier à l'exception de certains services administratifs et généraux.



La garde administrative se distingue des autres gardes spécialisées telles que : les gardes médicales, paramédicales, techniques, médicotechniques. Elle s'appuie sur ces gardes spécialisées, les coordonne pour le bien-être et la sécurité des usagers.

Article 17. **Le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME)**

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

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement prennent fin sur présentation de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Médicale d'Établissement, ses fonctions au sein de la Commission sont assumées par le Vice-Président jusqu'à la désignation d'un nouveau Président.

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

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

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

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



des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

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

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

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

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

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

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-Président du Directoire, coordonne, en lien avec le Directeur du Centre Hospitalier, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet médical partagé. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

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

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

ARTICLES R. 6144-5 ET LES SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

ARTICLES D. 6143-37 ET LES SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6144 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 18. **Le Directoire**

18.1 Les attributions du Directoire

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

- appuyer et conseiller le Directeur du Centre Hospitalier dans la gestion et la conduite de l'établissement ;
- approuver le projet médical ;
- préparer le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

18.2 La composition du Directoire

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

Il comporte neuf membres :

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

18.3 Les désignations des membres

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

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

En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le Directeur du Centre Hospitalier peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau



désaccord, il nomme ce membre après avis du Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

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

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

18.4 Le fonctionnement du Directoire

Le Directoire se réunit au minimum 8 fois par an.

Les Directeurs fonctionnels et les Chefs de pôle et Cadres co-gestionnaires non membres peuvent être invités.

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

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

ARTICLES L. 6143-7 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES D. 6143-35-4 ET D. 6143-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 19. Le Conseil de Surveillance (CS)

19.1 Les attributions du Conseil de Surveillance

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

Le Conseil de Surveillance délibère sur :

- le projet d'établissement et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le Directeur du Centre Hospitalier et le Président de la Commission Médicale d'Établissement ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;



- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur du Centre Hospitalier ;
- toute convention intervenant entre le Centre Hospitalier et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par le Centre Hospitalier ;
- les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'Article L.6145-7 ;
- le plan pluriannuel d'investissement.

Le Conseil de Surveillance donne son avis sur :

- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- la charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L.6143-7-3 ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'Article L.6148-2 ;
- la participation de l'établissement à un Groupement Hospitalier de Territoire ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le Conseil de Surveillance se voit présenter annuellement :

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

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



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

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

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

19.2 La composition du Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance comprend trois collèges où siègent respectivement :

- au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements parmi lesquels figurent :
 - le Maire de la commune de Carcassonne ou son représentant ;
 - le représentant de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont la commune siège de l'établissement est membre ;
 - le Président du Conseil Départemental de l'Aude ou son représentant;
- au plus cinq représentants des professionnels médicaux et non médicaux, dont :
 - o deux membres de la Commission Médicale d'Établissement, élus en son sein ;
 - o un représentant élu parmi les membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,
 - o deux représentants des personnels de l'établissement relevant du titre 4 du statut général des fonctionnaires, le premier siège étant attribué à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de voix aux élections professionnelles, le second étant attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes, déduction faite du nombre théorique de voix nécessaire pour à l'obtention du premier siège ;



- au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles :
 - o deux personnalités qualifiées désignées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;
 - o trois personnalités qualifiées, dont deux représentants des usagers, désignées par le représentant de l'État dans le département.

Le nombre de membres de chacun des collèges est identique.

Le Conseil de Surveillance comprend également des membres avec voix consultative :

- le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ;
- le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie ;
- un représentant des familles de personnes accueillies.

Peuvent demander à participer aux réunions du Conseil de Surveillance, avec voix consultative, les Parlementaires élus dans les circonscriptions n°1 et n°3 de l'Aude.

ARTICLES L. 6143-1 À L. 6143-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

19.3 Les désignations des membres

- **Le Président du Conseil de Surveillance**

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

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

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



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

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

- **Les membres du Conseil de Surveillance**

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

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé saisit à cet effet les autorités et instances appelées à siéger, à être représentées ou à désigner des membres au sein du Conseil de Surveillance.

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

- Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au Conseil de Surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'Article L.6143-6, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.
- Les membres désignés par la Commission Médicale d'Établissement sont élus au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.
- Le membre désigné par la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est élu, en son sein, par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.



- Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein du Centre Hospitalier, à l'occasion des élections au Comité Social d'Établissement. Le premier siège des représentants du personnel est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix ; le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

ARTICLES R. 6143-4 À R. 6143-4 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

19.4 Le fonctionnement du Conseil de Surveillance

Les fonctions de membre du Conseil de Surveillance sont exercées à titre gratuit.

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

Les membres représentant les usagers bénéficient, pour l'exercice de leur mandat, du congé de représentation prévu à l'Article L.3142-60 du Code du travail.

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 arrêté par le Président et adressé 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. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le Président. Les convocations à la première réunion du Conseil de Surveillance sont adressées par le Président du Directoire.

Les autres modalités de la convocation du Conseil de Surveillance sont fixées par son règlement intérieur.

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

Le Conseil de Surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance.



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 de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Le Conseil de Surveillance se réunit au moins quatre fois par an.

Les séances du Conseil de Surveillance ne sont pas publiques.

Les membres du Conseil de Surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

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

Le Conseil de Surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le Directeur du Centre Hospitalier. Le secrétariat du Conseil de Surveillance est assuré par l'Assistante de direction du Directeur du Centre Hospitalier.

ARTICLES R. 6143-7 À R. 6143-16 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Chapitre 5. Les instances consultatives et de dialogue social

Article 20. La Commission Médicale d'Établissement (CME)

La Commission Médicale d'Établissement (CME) est représentative des professionnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Elle est constituée de commissions et de comités pour certains d'ordre réglementaire.

20.1 Les attributions de la Commission Médicale d'Établissement

L'Article R. 6144-1 du Code de la Santé Publique définit les attributions générales de la Commission Médicale d'Établissement.

ARTICLE R. 6144-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **L'élaboration du projet médical**

La Commission Médicale d'Établissement élabore et propose au Directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement coordonne son élaboration avec le Directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration.

Après concertation avec le Directoire, le Président de la Commission Médicale d'Établissement et le Directeur du Centre Hospitalier peuvent demander à la Commission Médicale d'Établissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

Le projet médical est approuvé par le Directoire.

- **Les attributions consultatives**

La Commission Médicale d'Établissement est consultée sur des éléments suivants :

- les projets de délibérations mentionnées à l'Article L. 6143-1 du Code de la Santé Publique ;
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement mentionné à l'Article L. 6143-3 du Code de la Santé Publique ;
- l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'Article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique, à ce titre, la Commission se prononce notamment 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, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois ;
- le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'Article L. 6146-1-2 du Code de la Santé Publique ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'Article L. 6149-1 du Code de la Santé Publique ;



- les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre les dispositions du premier alinéa de l'Article L. 6146-1-2 et du premier alinéa de l'Article L. 6149-1 du Code de la Santé Publique ;
- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- la politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- la mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'Article L. 6112-2 du Code de la Santé Publique ;
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- l'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière, à ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

Au sein du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois, la Commission Médicale d'Établissement veille, dans l'exercice de ses compétences consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé définis au niveau du Groupement.

La Commission Médicale d'Établissement, ainsi que son Président et ses sous-commissions, ont accès à l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions, notamment en matière de gestion des ressources humaines des personnels médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

ARTICLES R. 6144-1 À R. 6144-1-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6143-1, L. 6143-3 ET L. 6143-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6112-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6146-1-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 6149-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **Les éléments informatifs**

La Commission Médicale d'Établissement est informée sur les éléments suivants :

- 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.

ARTICLES R. 6144-1-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **Les propositions au Président du Directoire**

La Commission Médicale d'Établissement peut faire au Président du Directoire des propositions sur les éléments suivants :

- toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence avec la politique territoriale du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois ;
- le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- la déclinaison des orientations stratégiques du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

ARTICLE R. 6144-1-2 DU CODE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **Les contributions à l'élaboration de la politique générale de la qualité des soins**

La Commission Médicale d'Établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence 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 en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du Groupement.

ARTICLE R. 6144-2 DU CODE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **Les contributions à l'élaboration de projet relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

La Commission Médicale d'Établissement contribue à l'élaboration de projet relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment en ce qui concerne :

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

ARTICLE R.6144-2-1 DU CODE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **L'élaboration d'un rapport annuel**

La Commission Médicale d'Établissement propose au Directeur du Centre Hospitalier le programme d'actions mentionné à l'Article L. 6144-1 du Code de la santé publique.

Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'Article L. 6111-2 du Code de la santé publique. 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. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des Usagers et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La Commission Médicale d'Établissement élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le Directeur du Centre Hospitalier tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

20.2 La composition de la Commission Médicale d'Établissement

La Commission Médicale d'Établissement élit son Président et son Vice-Président parmi les praticiens titulaires membres avec voix délibérative de la Commission.

Le détail de la composition de la Commission Médicale d'Établissement est prévu par les dispositions du Code de la Santé Publique.

La composition de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier est la suivante :

- l'ensemble des Chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;
- des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;



- des représentants élus des sages-femmes ;
- des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

Les personnes suivantes assistent, en outre, avec voix consultative aux Commissions Médicales d'Établissement :

- le Président du Directoire ou son représentant ;
- le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- le praticien référent de l'information médicale ;
- le représentant du Comité Social d'Etablissement, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur du Centre Hospitalier ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins mentionnés à l'article R. 6111-4.

La répartition et le nombre des sièges au sein de la Commission Médicale d'Établissement sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

Le Président du Directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La Commission Médicale d'Établissement peut désigner, en concertation avec le Directeur du Centre Hospitalier, au plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la Commission Médicale.

ARTICLES R. 6144-3 ET R. 6144-3-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



20.3 Les désignations et fonctions des membres

- **Le Président et le Vice-Président**

La Commission élit son Président et son Vice-Président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Toutefois, lorsque les praticiens titulaires ne forment pas la majorité des professionnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le règlement intérieur peut prévoir que le Président et le Vice-Président sont élus parmi l'ensemble des membres de la Commission.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Toutefois, pour tenir compte des circonstances locales et dans l'intérêt du service, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé dont relève l'établissement peut à titre exceptionnel, par arrêté motivé, autoriser l'élection à un troisième mandat.

Le mandat de Président peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé dont relève l'établissement.

Les fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement prennent fin sur présentation de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la Commission Médicale d'Établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la Commission Médicale d'Établissement, ses fonctions au sein de la Commission Médicale d'Établissement sont assumées par le Vice-Président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau Président.

ARTICLES R. 6144-5 À R. 6144-5-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **Les autres membres de la Commission Médicale d'Établissement**

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux Commissions, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables. Elle peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé dont relève l'établissement.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le Président du Directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la Commission de Subdivision dont relève l'établissement.

ARTICLE R. 6144-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

20.4 Le fonctionnement de la Commission Médicale d'Établissement

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

Pour l'accomplissement de ses missions, la Commission Médicale d'Établissement établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent.

La Commission Médicale d'Établissement se réunit 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.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la Commission Médicale d'Établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Article 21. Les Sous-Commissions de la Commission Médicale d'Établissement

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

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

21.1 Les commissions et comités relatifs à la qualité et à la sécurité des soins

- **Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)**

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

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

- **Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)**

Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) a pour mission de conseiller en matière de qualité et sécurité de l'alimentation et de la nutrition des patients et professionnels accueillis au Centre Hospitalier.

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



- **Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)**

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

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

- **La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)**

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

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

- **Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance (CSTH)**

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

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

- **La Commission d'Identito-Vigilance (CIV)**

La Commission d'Identito-Vigilance est l'organe en charge de la surveillance et de la prévention des erreurs et des risques liés à l'identification des patients au sein d'un établissement de Santé.



Sa politique est définie sur la charte « identito-vigilance » de la région Occitanie.

Son champ d'activité concerne les courts séjours et l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

La Commission d'Identito-Vigilance associe et coordonne son activité avec la Commission d'Identito-Vigilance du Groupement Hospitalier de Territoire (CIV-GHT).

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

21.2 Les commissions permanentes

- **La Commission des Soins Non Programmés (CSNP)**

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

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

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

- **La Commission des Vigilances et Risques (COVIRIS)**

Le Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS) assure la gestion globale de tous les risques pouvant survenir au sein de l'établissement. Il est garant de l'amélioration continue de la sécurité sanitaire et participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

- **La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS)**

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

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



- **La Commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et du Développement Professionnel Continu (CDPC)**

La Commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et du Développement Professionnel Continu (CDPC) aborde toutes les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles menées dans les services cliniques et/ou médico-techniques du Centre Hospitalier, en vue de sensibiliser les professionnels de santé à ces démarches, de définir et mettre en œuvre un dispositif de pilotage et une stratégie de développement, des axes prioritaires de développement, et des mesures d'accompagnement.

En matière de développement professionnel continu, elle définit et met en œuvre la politique de l'établissement conformément à la réglementation, ainsi que la politique d'accréditation des médecins et équipes médicales pour les activités concernées.

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

Article 22. La Commission de l'Activité Libérale (CAL)

22.1 Les attributions de la Commission de l'Activité Libérale

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

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

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



Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

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

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

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

ARTICLE R. 6154-11 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

22.2 La composition de la Commission de l'Activité Libérale

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

La commission comprend :

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

ARTICLE R. 6154-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



22.3 Les désignations et fonction des membres

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

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

ARTICLE R. 6154-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

22.4 Le fonctionnement de la Commission de l'Activité Libérale

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

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

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

Le secrétariat de la Commission est assuré par la Direction des Affaires Médicales.

ARTICLE R. 6154-12 ET R. 6154-14 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 23. **La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)**

23.1 Les attributions de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est consultée pour avis sur :

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

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est informée sur :

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

ARTICLE R. 6146-10 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



23.2 La composition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est présidée par la Coordinatrice Générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

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

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

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la Commission.

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

- du Directeur Adjoint chargé de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé rattaché au Centre Hospitalier ;
- du représentant des étudiants infirmiers de troisième année l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé rattaché au Centre Hospitalier ;
- du représentant des étudiants aides-soignants de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé rattaché au Centre Hospitalier ;
- du représentant de la Commission Médicale d'Établissement.

ARTICLE R. 6146-11 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

23.3 Les désignations et fonction des membres

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

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



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

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

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

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

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

ARTICLE R. 6146-13 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

23.4 Le fonctionnement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

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

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

Elle est convoquée par son président.

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

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

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



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

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au Président du Directoire et aux membres de la Commission dans un délai de quinze jours.

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 R. 6146-14, R.6146-15 ET R.6146-16 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 24. **Le Comité Social d'Établissement (CSE)**

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

Il est issu de la fusion en une seule instance du Comité Technique d'Établissement (CTE) et du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail).

24.1 Les attributions du Comité Social d'établissement

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

- le règlement intérieur de l'établissement ;
- le plan de redressement mention l'article L. 6143-3 du Code de la santé publique ;
- le plan global de financement pluriannuelle ;
- l'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la Commission Des Usagers et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques ;
- l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique ;
- les projets de réorganisation de service ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique ;



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

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

- la situation budgétaire de l'établissement ;
- le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) mentionné à l'article L. 6114-1 du Code de la santé publique ;
- le budget prévu à l'article L. 6145-1 du Code de la santé publique ;
- les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique.

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

DÉCRET N°2021-1570 DU 3 DÉCEMBRE 2021

ARTICLE R. 6144-40 ET SUIVANT DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 251-11 À L. 251-13 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

24.2 La composition du Comité Social d'Établissement

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

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

Un représentant de la Commission Médicale d'Établissement assiste, avec voix consultative, au Comité Social d'Établissement. Le représentant est élu par la Commission Médicale d'Établissement.

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



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

24.3 Les désignations et fonction des membres

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

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

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

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

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

24.4 Le fonctionnement du Comité Social d'Établissement

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

Un représentant titulaire est remplacé par un suppléant élu lors des dernières élections professionnelles. Le suppléant est lui-même remplacé par le premier candidat restant non élu de la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les professionnels éligibles au Comité Social d'Établissement.

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

Le Comité Social d'Établissement se réunit au minimum 4 fois par an.



L'ordre du jour est établi par le Président pour les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire. S'agissant des autres sujets, le secrétaire du Comité Social d'Établissement sont consultés préalablement.

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

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

Le secrétariat administratif est assuré par l'Assistante de Direction des Ressources Humaines.

Article 25. La Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT)

25.1 Les attributions de la Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

Les Formations Spécialisées en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail exercent leurs attributions à l'égard du personnel du ou des services de leur champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du Directeur du Centre Hospitalier.

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

- le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIFACT) ;
- le rapport annuel de la santé, sécurité et conditions de travail et actions les menées ;
- le programme annuel de prévention des risques professionnels détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir.

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

- les règlements et consignes se rattachant à sa mission ;
- le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE) ;
- les projets important d'aménagement ou d'introduction des nouvelles technologies ;



- la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail ;
- les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT).

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

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

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

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

- de tout constat de danger grave et imminent relatif à la santé ou à la sécurité au travail ;
- de tout accident de service ou de maladie professionnelles graves ou répétées.



25.2 La composition de la Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail

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

Elle est composée de 12 membres titulaires et 12 membres suppléants.

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

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

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

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

Un membre représentant les personnels médecins est membre de droit.

25.3 Les désignations et fonction des membres

Chaque organisation syndicale siégeant au Comité Social d'Établissement désigne au sein de la Formation Spécialisée Santé, Sécurité et Conditions de Travail un nombre de représentants titulaires égal au nombre de sièges qu'elle détient dans ce comité parmi les représentants titulaires et suppléants de ce Comité.

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

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

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



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

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

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

25.4 Le fonctionnement de la Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail

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

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

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

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

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

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

Le secrétariat administratif est assuré par l'Assistante de la Direction du pôle Patrimoine et Logistique.



Article 26. **La Commission des Usagers (CDU)**

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

26.1 Les attributions de la Commission des Usagers

La Commission Des Usagers contribue à la dynamique de co-décision en veillant à associer les usagers dans l'amélioration continue des soins délivrés aux patients du Centre Hospitalier.

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

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

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



26.2 La composition de la Commission des Usagers

La Commission des Usagers du Centre Hospitalier comprend :

- le Directeur du Centre Hospitalier, nommé Vice-Président ;
- 3 médecins médiateurs (1 titulaire et 2 suppléants), désignés par le Directeur du Centre Hospitalier ;
- 3 médiateurs non médicaux (1 titulaire et 2 suppléants), désignés par le Directeur du Centre Hospitalier ;
- 4 représentants des usagers (2 titulaires et 2 suppléants), désignés par le Directeur du Centre Hospitalier ; dont un assure la présidences de la Commission ;
- le Président de la Commission Médicale d'Établissement ;
- le Directeur adjoint chargé des relations avec les usagers ;
- la Coordinatrice Générale des soins infirmiers, Directrice qualité et gestion des risques ;
- d'un représentant (1 titulaire et 1 suppléant) du Comité Social d'Établissement;
- d'un représentant (1 titulaire et 1 suppléant) de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques.

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

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

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

ARTICLES R. 1112-81, R. 1112-82 ET R. 1112-83 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



26.3 Le fonctionnement de la Commission des Usagers

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

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

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

La Commission des Usagers reçoit les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la Commission Médicale d'Établissement, ainsi que les vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- un registre des réclamations et des plaintes, hors recours contentieux et recours gracieux, adressées au Centre Hospitalier par les usagers ou par leurs proches de l'année en cours (à la demande d'un des membres de la Commission Des Usagers, l'ensemble des informations relatives à une réclamation peuvent être étudiées en séance dans l'objectif de définir une ou plusieurs pistes d'amélioration) ;
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées ainsi que les délais dans lesquels le Centre Hospitalier satisfait à ces demandes ;
- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, et en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre le Centre Hospitalier par les usagers.

ARTICLE L. 6144-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 1112-1 ET L. 1112-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 27. **La commission consultative Paritaire (CCP)**

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

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

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

Elles comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. Les contractuels participent par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant aux commissions consultatives paritaires à l'application des règles et à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière.

La Commission Consultative Paritaire sont consultées pour :

- certaines décisions individuelles affectant les agents contractuels ;
- en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des deuxième, troisième et quatrième groupes à l'égard des contractuels.

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

Les séances des commissions ne sont pas publiques.

DÉCRET N° 2022-857 DU 7 JUIN 2022 RELATIF AUX CAP LOCALES, DÉPARTEMENTALES ET NATIONALES DE LA FONCTION PUBLIQUE
HOSPITALIÈRE

Article 28. **Le comité Local d'Éthique (CLE)**

28.1 Les attributions du Comité Local d'Éthique

Le Comité Local d'Éthique du Centre Hospitalier est une instance pluridisciplinaire, consultative, indépendante, et pluraliste composée de professionnels de santé et de personnalités volontaires reconnues pour leurs compétences et leurs intérêts pour les questions éthiques.



Le Comité Local d'Éthique exerce une action de réflexion, pluraliste, consultative et indépendante.

Le Comité Local d'Éthique réalise les missions suivantes :

- identifier les problèmes éthiques rencontrés au sein du Centre Hospitalier ;
- donner un avis éthique avec conseil et aide à la décision à partir d'études de cas, de questions particulières sur des situations complexes (saisine) ;
- diffuser en interne des réflexions ou recommandations ;
- organiser une information sur l'éthique médicale et hospitalière.

L'espace de réflexion éthique gère les missions suivantes :

- la veille juridique ;
- la participation à des études de recherches et publications.

28.2 La composition du Comité Local d'Éthique

Le Comité Local d'Éthique est composé :

- d'un bureau, comprenant 8 membres ;
- de membres de droit, comprenant le Directeur du Centre Hospitalier, le Président de la Commission Médicale d'Établissement, la Coordinatrice générale des soins infirmiers, de rééducation et medicotechniques ;
- de 28 membres, professionnels médicaux et non-médicaux ;
- de 4 membres invités permanents ;
- de membres invités occasionnels, comprenant les représentants des usagers et des différents cultes religieux.

28.3 La désignation des membres

• Le Président

Chaque membre du Comité Local d'Éthique peut se présenter au poste de Président en motivant sa demande. À l'issue de l'étude des candidatures, il est proposé à l'ensemble des membres, l'investiture du nouveau Président. Libre aux membres du Comité Local d'Éthique d'émettre une objection motivée en cas de désaccord.



En cas de démission du Président, le Comité Local d'Éthique est compétent pour proposer un Président par intérim parmi ses membres dans l'attente de la réunion en séance plénière.

Le Président assiste au Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier, avec voix consultative. Il est le garant de la démarche éthique au sein du Comité et prend l'initiative d'organiser la séance plénière. Il valide les modalités de fonctionnement du Comité Local d'Éthique en concertation avec les membres.

Le Président peut inviter des personnalités extérieures ou des professionnels compétents sur les questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux du Comité.

ARTICLE L. 6143-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **Les autres membres**

L'appel à candidature est ouvert via le formulaire de candidature disponible sur l'intranet.

Les personnes désireuses de faire partie du Comité Local d'Éthique adressent leur demande au secrétariat de la Coordinatrice Générale des Soins.

Les mandats sont limités à 4 ans.

Un membre peut démissionner à tout moment en informant par écrit le Président du Comité.

28.4 Le fonctionnement du Comité Local d'Éthique

La saisine du Comité Local d'Éthique est ouverte à l'ensemble des professionnels de santé, aux représentants des usagers, aux patients et leur famille. Une information est délivrée aux patients sur l'existence du Comité via les plaquettes d'information et le livret d'accueil.

La saisine s'effectue par mail auprès du bureau du Comité Local d'Éthique. L'éligibilité de la question soulevée est appréciée à la majorité des membres présents qui décideront de la forme de la réponse à donner et en informerons l'auteur.

Face à une question, le Comité Local d'Éthique s'attache à la démarche suivante :

- recueillir le maximum d'informations sur le sujet ;
- dresser la liste des alternatives ;
- évaluer les bénéfices et les risques de chaque alternative ;



- identifier les valeurs en jeu ;
- se référer aux alternatives juridiquement valables ;
- se référer aux avis émis éventuellement par d'autres instances consultatives sur le même sujet.

Le Comité Local d'Éthique se réunit en assemblée plénière 5 à 6 fois par an.

L'ordre du jour arrêté doit être adressé aux membres, accompagné le cas échéant des documents associés et du compte rendu de l'assemblée plénière précédente au moins 15 jours avant la date de la réunion. L'envoi des convocations et la réalisation des comptes rendus sont assurées par le secrétariat.

Le secrétariat est chargé de l'élaboration de la charte éthique, des statuts et procédure de fonctionnement du Comité, et de leur actualisation. Il assure la diffusion des travaux du Comité Local d'Éthique, et centralise et réceptionne les nouvelles candidatures.

Les avis du Comité Local d'Éthique se conforment au principe d'anonymat et respecte impérativement le secret professionnel. Les avis sont purement consultatifs et informatifs, et sont communiqués à ou aux auteurs de la saisine. Les avis rendus doivent faire l'objet d'un consensus. En cas de désaccord, plusieurs avis peuvent figurer sous réserve que les auteurs ne soient pas identifiés.

Le Comité Local d'Éthique dispose des ressources et des outils de communication du Centre Hospitalier pour diffuser les informations relatives à son fonctionnement et à ses travaux.

Le Comité Local d'Éthique réalise un rapport d'activité annuel pour présentation aux instances du Centre Hospitalier.



Article 29. **Le référent laïcité**

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

Le Centre Hospitalier de Carcassonne a mis en place un référent laïcité ayant pour principales missions :

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

LOI DU 24 AOÛT 2021 CONFORTANT LE RESPECT DES PRINCIPES DE LA RÉPUBLIQUE



PARTIE 3.

L'organisation des structures médicales et des soins



Chapitre 6. L'organisation des soins

Article 30. **Le personnel médical, odontologique et pharmaceutique**

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

30.1 Les praticiens inscrits à l'Ordre (praticiens hospitaliers, contractuels, assistants et attachés)

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

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

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

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

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

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



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

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

30.2 Les praticiens associés (non-inscrits à l'Ordre)

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

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

Une fois recrutés, ils exercent sous supervision d'un médecin sénior, avec une autonomie progressive.

Ils peuvent participer à la permanence des soins.

Ce statut temporaire, d'une durée généralement de 2 ans, permet de prétendre à l'inscription au Conseil de l'Ordre via la procédure d'autorisation d'exercice.

DÉCRET N° 2021-365 DU 29 MARS 2021 PORTANT CRÉATION DU STATUT DES PRATICIENS ASSOCIÉS

ARTICLES R. 6156-901 À R. 6152-993 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

30.3 Les Docteurs juniors

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

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



30.4 Les Internes

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

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

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

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

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

Le temps de travail des Internes est limité à 48 heures hebdomadaires moyennées sur 3 mois. Ce temps inclut les gardes et la demi-journée de formation universitaire. Ils ont droit à 25 jours



de congés annuels répartis équitablement sur les deux semestres, soit, pour la subdivision de Toulouse, 13 jours durant le semestre d'été et 12 jours durant le semestre d'hiver.

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

30.5 Les étudiants

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

30.6 Les sages-femmes

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

Article 31. La Coordinatrice générale des soins

Au Centre Hospitalier, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est confiée à une Coordinatrice générale des soins.

Elle coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans le respect de ses compétences déléguées, elle participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Elle propose au Directeur du Centre Hospitalier l'affectation de ces personnels.



La Coordinatrice générale des soins est assistée d'une adjointe de direction des soins qui le suppléent et l'assistent dans l'exercice de ses missions.

Article 32. **Cadres co-gestionnaires et cadres de santé**

Les Cadres co-gestionnaires de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques. Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres activités de l'équipe.

Article 33. **Les professionnels paramédicaux**

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

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

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

Article 34. **L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)**

34.1 La Direction

Au Centre Hospitalier, la coordination générale de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé est confiée à une Directrice Adjointe.

La Directrice Adjointe coordonne et évalue la politique de formation en lien avec Agence Régionale de Santé l'ARS, l'Université et la Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS).



Elle participe à la gestion financière de la structure et à la discussion budgétaire avec le conseil régional, dans le cadre de la délégation de gestion donnée par le Directeur du Centre Hospitalier.

La Directrice Adjointe des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et Aides-Soignants est assistée par une infirmière coordinatrice qui la supplée dans l'exercice de ses missions.

34.2 Les Étudiants

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

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

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

Article 35. La permanence médicale des soins

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

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



Article 36. **La visite médicale quotidienne**

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

Article 37. **La coordination des soins dispensés aux patients**

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

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

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

Chacun des professionnels hospitaliers assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

Chapitre 7. **L'organisation en pôles d'activité**

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

Les pôles d'activité sont composés de services et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du patient par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques.

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



Pour chacun des pôles, un Directeur Adjoint référent de pôle représente le Directeur du Centre Hospitalier auprès du pôle.

Le Chef de pôle réalise son projet de pôle dans une logique collaborative avec le Cadre Supérieur de Santé.

Le Cadre Supérieur de santé est affecté par le Directeur du Centre Hospitalier au sein du pôle, sur proposition de la Directrice Coordinatrice Générale des Soins, après avis du Chef de pôle et du Directeur Adjoint référent.

Le Cadre Supérieur de santé gère l'effectif paramédical et les moyens alloués au pôle. Il assiste le Chef de pôle dans la gestion administrative et médico-technique du pôle. Il consulte le Chef de pôle pour définir les compétences attendues et l'affectation des Cadres de Santé affecté dans les services du pôle.

Article 38. **Les Pôles d'activité**

Le Centre Hospitalier de Carcassonne est composé de 8 pôles d'activité :

1. Pôle de Médecine Polyvalente et Gériatrique ;
2. Pôle Médico Technique ;
3. Pôle Cancérologie, Pneumologie, Radiothérapie ;
4. Pôle Chirurgie, Anesthésie, Bloc Opératoire, Gastro-entérologie ;
5. Pôle Maintien de l'Autonomie ;
6. Pôle Réanimation, Urgences, SAMU, SMUR ;
7. Pôle Femme-Enfant ;
8. Pôle Vasculaire et Métabolique.

Article 39. **Les collaborateurs du pôle**

39.1 Le Chef de Pôle

- **Nomination du Chef de Pôle**

Le Chef de pôle est nommé par décision conjointe du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Établissement pour une période de quatre ans renouvelable une fois consécutive, sauf dérogation, dans les mêmes conditions.



- **Les missions du Chef de Pôle**

Le praticien, Chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique assure diverses missions.

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

39.2 Le Chef de Service

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

Chaque service est dirigé par un Chef de service, responsable de structure interne, en nécessaire étroite collaboration avec le cadre de santé sur lequel il a autorité fonctionnelle.

Il a également une autorité fonctionnelle sur les secrétariats, les psychologues, et tous les professionnels qui contribuent à la prise en charge des patients au sein du service.



- **Nomination du Chef de Service**

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

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

- **Les missions du Chef de Service**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Il conduit l'entretien professionnel annuel avec chaque praticien de son service.

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

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

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

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

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

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

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

39.3 Le Cadre co-Gestionnaire de pôle

- **Nomination du Cadre co-gestionnaire de pôle**

Le Cadre co-gestionnaire de pôle est nommé par le Directeur du Centre Hospitalier sur proposition de la Directrice Adjointe coordinatrice des soins et après information du Chef de pôle.



- **Les missions du Cadre co-gestionnaire de pôle**

Le Cadre co-gestionnaire de pôle a des missions déléguées et des missions propres.

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

- participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets de pôle ;
- assure, par délégation du Chef de pôle, la responsabilité de la gestion des équipes non médicales du pôle ;
- définit avec le Chef de pôle la répartition des moyens alloués en fonction de l'activité et veille à optimiser les organisations ainsi que la qualité des soins dispensés aux patients.

Dans le cadre de ses missions propres, le Cadre co-gestionnaire de pôle :

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

39.4 Le Directeur référent de pôle

Membre de l'équipe de direction, le Directeur référent de pôle est nommé par le Directeur du Centre Hospitalier et représente celui-ci de manière permanente auprès du pôle.

Le Directeur référent de pôle assiste au bureau, au conseil de pôle et à l'assemblée de pôle. Il participe, en association avec le Chef de pôle clinique et medicotechnique et le Cadre co-gestionnaire, au pilotage du pôle.

Le Directeur référent de pôle accompagne le pôle dans ses démarches et ses projets.



- **Le positionnement du directeur référent de pôle**

Le Directeur référent de pôle représente le Directeur du Centre Hospitalier au sein du pôle.

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

Il facilite la mise en œuvre et le suivi des projets du pôle, et en assure la communication auprès des autres directions.

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

Il veille à la cohérence institutionnelle entre les projets du pôle et la stratégie de l'établissement.

Il est tenu informé selon les sujets, par les autres directeurs, des principales décisions impactant le fonctionnement du pôle (travaux, choix de matériels, recrutements, etc.).

- **Les missions du directeur référent de pôle**

Le Directeur référent de pôle assure des fonctions de management et d'animation :

- il participe au sein du pôle à l'appropriation et à l'application de la politique institutionnelle ;
- il est associé à la réflexion et aux décisions relatives à l'organisation de la prise en charge des patients et aux coopérations à mener avec les autres pôles ;
- il participe à la déclinaison du projet de prise en charge du patient au sein du pôle et veille à sa cohérence avec le projet d'établissement et les autres projets de pôle ;
- il incite à l'émergence d'actions visant à optimiser l'utilisation des ressources du pôle ;
- il accompagne le chef de pôle et le Cadre co-gestionnaire dans l'animation et le fonctionnement du pôle ;
- il veille en liaison avec l'exécutif du pôle et les directions à la bonne diffusion de l'information institutionnelle dans le/les pôle(s) ;
- il participe à la préparation des réunions de dialogue de gestion infra-annuelles entre l'équipe de direction et le pôle.



Le Directeur référent de pôle assure des fonctions de gestion de projet :

- il accompagne la maturation des projets, leur définition et leur instruction, en veillant à la cohérence avec la stratégie institutionnelle ;
- il participe avec l'exécutif du pôle au suivi régulier des projets de fonctionnement du pôle.

Le Directeur référent de pôle apporte son expertise en accompagnant les analyses et aide à une compréhension affinée des dossiers et des tableaux de bord en lien avec le contrôleur de gestion référent du pôle.

Le Directeur référent de pôle coordonne la contractualisation du pôle :

- il participe avec le chef de pôle et le cadre co-gestionnaire à l'élaboration, à la négociation et au suivi de l'exécution du contrat de pôle ;
- il est en lien avec le chef de pôle et le Cadre co-gestionnaire, pour suivre la mise en œuvre des objectifs stratégiques, organisationnels et qualitatifs du contrat et en facilite la mise en place ;
- il participe une fois par an avec l'exécutif du pôle à la présentation du bilan de l'exécution du contrat devant le Directoire ;
- il participe à la préparation du rapport d'activité du pôle, qui inclut le bilan du contrat.

Article 40. Le Contrat de Pôle

Sur la base de l'organisation déterminée par le Directeur du Centre Hospitalier, le contrat de pôle définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués.

Le contrat de pôle fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs, et précise également le rôle du Chef de pôle dans les domaines suivants :

- la gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- la gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux;
- la définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- la proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;



- l'affectation des personnels au sein du pôle ;
- l'organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- la 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.

Le contrat de pôle précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Il est conclu pour une période de quatre ans.

Article 41. **Le projet de Pôle**

Le Chef de pôle élabore, dans un délai de 3 mois après sa nomination, un projet de pôle.

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

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

Article 42. **Les pôles inter-établissement du Groupement Hospitalier de Territoire**

Les établissements parties ou associés à un Groupement Hospitalier de Territoire peuvent créer des pôles inter-établissements d'activité clinique ou médico-techniques.

Le Chef de pôle inter-établissements est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties ou associés au groupement, après avis des commissions médicales des établissements parties concernés, par décision conjointe du Président du Comité Stratégique et du Président de la Commission Médicale de Groupement.



Après information du Comité Stratégique du Groupement Hospitalier de Territoire, le Directeur de l'établissement support et le Chef de pôle inter-établissements signent un contrat de pôle, dans les conditions fixées par l'article R. 6146-8.

Le Chef de pôle inter-établissements a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter-établissements. Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, 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. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé.

Le Chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle. Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties ou associés au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président de la commission médicale de groupement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

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 l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le Chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination. Il associe les Chefs de service et les cadres de santé à cette élaboration.

Une représentation du pôle inter-établissements est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de Chef de pôle inter-établissements par décision conjointe du président du comité stratégique et du président de la commission médicale de groupement.

ARTICLE R. 6146-8 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



42.1 Pôle inter-établissement des Urgences-SMUR

Afin de pallier les tensions sur les effectifs médicaux et graduer la réponse à l'urgence sur le territoire Ouest-Audois, un pôle inter-établissements Urgences-SMUR a été mis en place en 2024 entre le Centre Hospitalier de Carcassonne et le Centre Hospitalier de Castelnaudary.

Sous-ensemble de l'Équipe Territoriale des Urgences de l'Aude, il est une déclinaison opérationnelle de la filière « Urgences » du Projet Partagé de Prise en charge du Patient (4P) du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest-Audois.

Le contrat du pôle inter-établissements a été signé le 2 septembre 2024 pour une durée d'un an, renouvelable.

Les objectifs fixés sont les suivants :

- améliorer l'ancrage territorial des activités du pôle ;
- articuler les ressources médicales ;
- rechercher une mutualisation des ressources paramédicales ;
- assurer le management interne du pôle ;
- renforcer les articulations inter-polaires ;
- garantir la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins.

Chapitre 8. La gestion de crise

Article 43. Le plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE)

Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles prend en compte les objectifs opérationnels fixés dans le dispositif ORSAN.

Ce plan, élaboré sous la responsabilité du Directeur du Centre Hospitalier, comprend deux niveaux :

- Niveau 1 « plan de mobilisation interne » ;
- Niveau 2 « plan blanc ».



Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles contient :

- les modalités de mise en œuvre et de levée des dispositions visant à organiser la réponse de l'établissement à la situation sanitaire exceptionnelle ;
- les modalités d'organisation de la cellule de crise hospitalière ;
- les procédures de gestion des situations sanitaires exceptionnelles déclinées en volets correspondant à chaque plan ORSAN et complétés par des dispositions spécifiques transversales (DST) en fonction du positionnement de l'établissement dans ces plans ;
- les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ;
- le recensement des moyens de réponse en particulier des produits de santé et des médicaments ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif "ORSAN" ;
- le plan de formation des personnels et professionnels de santé de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les modalités de sécurisation des infrastructures du Centre Hospitalier et des systèmes d'information complètent le corpus de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (plan de sécurisation d'établissement et du volet numérique du plan blanc).

Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles est arrêté par le Directeur du Centre Hospitalier, après avis du Directoire, de la Commission Médicale d'Établissement, et du Comité Social d'Établissement. Le Conseil de Surveillance est informé des dispositions du plan par le Directeur du Centre Hospitalier.

Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles propose une organisation déclinable selon le type d'évènement afin de permettre une réponse spécifique à la crise :

- AMAVI pour assurer la prise en charge d'un grand nombre de blessés suite à un accident collectif, un attentat ou une catastrophe naturelle ;
- MEDICO-PSY pour la prise en charge de nombreuses victimes, blessés psychiques ;
- EPI-CLIM pour assurer la prise en charge des patients en situation d'épidémie saisonnière et de tensions hospitalières, ainsi que pour assurer la prise en charge des victimes d'un événement de nature climatique ou environnemental (pollution, canicule, grand froid, etc.) ;



- REB pour assurer couvrir les stratégies de réponse à différents types de risques épidémiques et biologiques notamment ceux à potentiel pandémique : endiguer l'introduction, puis la propagation de l'agent infectieux, atténuer les effets de l'épidémie et anticiper les éventuels rebond épidémiques ;
- NRC pour assurer la prise en charge des victimes irradiées, victimes d'un agent C incluant les toxines ou NR, potentiellement contaminées.

Le Centre Hospitalier est classé catégorie de « première ligne » (volet AMAVI) :

- B1 pour adultes : centre capable de stabilisation en conditions dégradées ;
- C1 pédiatrique : centre capable d'interventions ciblées et en faible nombre.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse est l'établissement de référence régionale.

Le passage en plan blanc (Niveau 2) entraîne, au sein du Centre Hospitalier, une mobilisation exceptionnelle des moyens, en particulier en professionnels, matériels et une adaptation des activités.

Dans cette situation singulière, les professionnels hospitaliers peuvent être sollicités quel que soit leur situation de présence sur le Centre Hospitalier (repos, formation, congés, etc.). Également, de manière ciblée ou plus générale, en fonction du besoin médical, le Directeur du Centre Hospitalier peut faire procéder à des modifications des tableaux des services.

S'il y a lieu, le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles peut conduire à des mesures de sécurité supplémentaires auxquelles les professionnels hospitaliers, les intervenants externes, et les usagers dont les patients seront soumis. Il est ainsi nécessaire que chaque professionnel puisse s'identifier avec sa carte professionnelle.

L'objectif du dispositif de crise est, de manière adaptée à l'ampleur de la crise, à la fois de maintenir les activités, prioritairement celles qui sont essentielles, et d'absorber les besoins résultants de la prise en charge des victimes de la crise.



Chapitre 9. La démarche qualité

Article 44. La démarche qualité et la gestion des risques

44.1 L'amélioration continue de la qualité

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue une priorité et un axe majeur de l'action du Centre Hospitalier. Elle passe par la mise en œuvre d'une politique transversale qui concerne tous les acteurs de l'établissement et toutes les catégories de professionnels.

La démarche qualité du Centre Hospitalier a pour objectif d'optimiser la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins. Elle fait l'objet de nombreuses adaptations en fonction de l'évolution des recommandations réglementaires et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Son organisation s'articule autour d'une direction commune de la qualité, gestion des risques et la direction des soins, en collaboration étroite avec la Commission Médicale d'Établissement et ses sous-commissions, et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, afin de valider et communiquer les actions proposées. Des axes prioritaires tels que la qualité de la prise en charge médicamenteuse, l'identito-vigilance et la prise en charge de la douleur sont définis.

Le Centre Hospitalier garantit la mise en œuvre de l'ensemble des dispositifs de sécurité sanitaire, notamment liés aux vigilances sanitaires définies dans le cadre du Code de la santé publique. À cet effet, il organise les processus permettant à tous les professionnels hospitaliers ayant connaissance d'un évènement indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif ou équipement médical, d'une infection nosocomiale, d'alerter immédiatement le correspondant local assurant, au sein de du Centre Hospitalier, la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

Le Centre Hospitalier s'engage à assurer la qualité et la sécurité des soins et à améliorer la prise en charge du patient.

Un Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) existe et regroupe les actions issues des différentes évaluations, contrôles et de prévention. Il est suivi annuellement et fait l'objet d'évolution si besoin.



44.2 La gestion des risques

La gestion des risques s'inscrit dans cette démarche d'amélioration de la qualité. Elle a pour mission de déceler, d'évaluer, d'analyser et de corriger les risques susceptibles de causer des dommages aux patients, aux visiteurs ou au professionnel hospitalier.

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenue, de l'identifier, en analyser les causes, atténuer ou supprimer les effets dommageables pour le patient et mettre en œuvre des mesures correctives permettant d'éviter qu'il ne se reproduise.

La Direction du Centre Hospitalier encourage les professionnels à cette déclaration en signant une charte d'incitation à la déclaration.

Le Centre Hospitalier met en place l'évaluation des pratiques professionnelles notamment prévue dans le cadre de la démarche de certification engagée auprès des organismes nationaux compétents.

Dans le même temps, il permet aux praticiens de ses services d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances et leurs savoirs dans les disciplines médicale, odontologique ou pharmaceutique dans laquelle ils exercent.

Les professionnels hospitaliers s'engagent à respecter la Charte d'incitation à la déclaration qui détaille l'ensemble des règles à respecter en matière d'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques.

Annexe 1 : Charte d'incitation à la déclaration

Article 45. La certification

Mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS), la certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tout établissement de santé, public ou privé.

La procédure de certification donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé en principe tous les 4 ans.

Elle vise à poser une appréciation indépendante sur la qualité de l'établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités du Centre Hospitalier.



Chaque patient et/ou citoyen peut consulter et/ou télécharger le compte rendu de certification sur le site Internet de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

Le Centre Hospitalier est certifié « Qualité des soins Confirmée » par la Haute Autorité de Santé pour la 5^{ème} itération V2020.

Cette décision fait suite à la visite de certification qui s'est déroulée en septembre 2024 et qui a été menée par sept experts visiteurs mandatés par la Haute Autorité de Santé. Ces experts ont souligné la culture qualité dont font preuve les professionnels hospitaliers et le respect des droits des patients. La qualité du management de la prise en charge des patients dans les secteurs dits à risques a été remarquée : salle de naissance, bloc opératoire, urgences, endoscopie. D'une façon générale, tous les secteurs ont fait l'objet d'une évaluation très satisfaisante. Ce résultat reflète non seulement la qualité des pratiques de l'établissement mais également l'investissement de l'ensemble des professionnels et leur engagement dans une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bénéfice des patients

Le déroulement de la procédure de certification s'appuie sur une organisation institutionnelle interne et sur la composition d'équipes pluridisciplinaires au sein de l'établissement.

Les professionnels hospitaliers s'engagent à respecter la Charte de réponse des experts aux événements indésirables qui détaille l'ensemble des règles à respecter dans d'obligation relative à la certification de l'établissement.

Annexe 2 : Charte de réponses des experts aux événements indésirables

Article 46. Le comité de pilotage

Le comité de pilotage qualité et la Responsable Qualité contribuent à entretenir la dynamique de la démarche de certification.

Le comité de pilotage qualité a deux principales missions :

- 1) Le pilotage de la Qualité et de la sécurité des soins dans un objectif de :
 - valider la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en lien avec les orientations du Projet d'Établissement intégrant la stratégie d'Évaluation des Pratiques Professionnelles ;



- valider la stratégie de sensibilisation et d'implication des professionnels hospitaliers dans la démarches qualité et sécurité des soins ;
- valider le programme global d'actions qualité et de sécurité des soins et son suivi ;
- valider la méthodologie et les actions liées à la préparation de la certification Haute Autorité de Santé ;
- valider le plan de formation qualité et sécurité des soins ;
- valider la stratégie de communication des objectifs et des résultats de la politique qualité et de sécurité des soins ;
- valider le rapport annuel d'activité.

2) Le pilotage de la certification de la Haute Autorité de santé dans un objectif de :

- définir la procédure de certification ;
- d'animer l'intégralité de la démarche de certification ;
- de valider le compte qualité du Centre Hospitalier.

Article 47. **La gestion et le signalement des évènements indésirables**

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

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

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

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

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



Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dispose d'une formation adaptée et a accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers.

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

Malgré les barrières mises en place, les risques liés aux activités de soins ne sont pas toujours prévisibles. Chaque incident ou accident signalé par un professionnel de santé est analysé par la cellule Gestion Des Risques (GDR). L'incident déclaré fait l'objet d'une analyse pluri professionnelle. Des actions correctives sont impulsées pour prévenir des récurrences. Des revues de dossiers sont effectuées pour les événements indésirables graves.

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

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

Au total, la démarche qualité et gestion des risques permet d'obtenir un programme complet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, exhaustif balayant l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement suivi par le biais de tableaux de bord synthétiques.

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

Les professionnels hospitaliers s'engagent à respecter la Charte de bonnes pratiques de déclaration des événements indésirables qui détaille l'ensemble des règles à respecter dans d'obligation relative à la déclaration des événements indésirables.

Annexe 3 : Bonnes pratiques de déclaration des événements indésirables



Article 48. Développement durable et ISO 14001

Le Centre Hospitalier est un établissement engagé en matière de développement durable et certifié ISO 14001 pour son site principal Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO).

Toute personne intervenant au sein du Centre Hospitalier doit :

- prendre connaissance de la politique développement durable, accessible sur le site Internet du Centre Hospitalier (rubrique « L'hôpital » ; « Développement Durable ») ;
- s'engager à respecter les engagements en matière de développement durable et de sécurité incendie – **Annexe 4 : Engagements des professionnels en matière de développement durable et de sécurité incendie** ;
- respecter les objectifs environnementaux en vigueur dans sa pratique professionnelle quotidienne.

La déclinaison concrète de ces engagements se traduit via les actions quotidiennes suivantes :

- préserver la ressource en eau et la biodiversité ;
- participer aux efforts de sobriété énergétique liés au chauffage et au rafraîchissement des locaux ;
- trier les déchets selon les règles en vigueur ;
- consommer le juste besoin ;
- agir dans ses relations avec autrui selon des principes favorisant la qualité de vie au travail.

Les objectifs environnementaux 2025 du Centre Hospitalier sont les suivants :

- limiter au maximum les impacts sur l'environnement local par :
 - o l'augmentation des déchets valorisés ;
 - o la diminution de la production de biodéchets en lien avec la bonne prise alimentaire ;
 - o l'objectif "Zéro mégot au sol".
- réduire les consommations énergétiques, en eau, de papier.
- répondre aux exigences réglementaires par :
 - o le développement des déplacements vertueux ;
 - o l'objectif "Zéro bouteille d'eau distribuée automatiquement" ;
 - o la publication du Schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables (SPASER).



Chapitre 10. Le fonds de dotation « Les Portes de la Cité »²

Le fonds de dotation « Les Portes de la Cité » est une personnalité morale et de droit privée créée par le Centre Hospitalier pour recevoir des dons de toute nature. Son objet social consiste à financer directement ou indirectement les projets d'intérêt général portés par les professionnels du Centre Hospitalier.

Le fonds de dotation « Les Portes de la Cité » peut recevoir des soutiens financiers, immobiliers ou en nature provenant de particuliers, d'entreprises, de fondations ou encore d'associations.

Il a 6 missions principales :

- la recherche et l'innovation des progrès Médicaux, Paramédicaux et Sociaux ;
- le confort & l'accompagnement des personnes vulnérables, des patients et des proches aidants ;
- la prévention & l'éducation à la santé ;
- le bien-être au travail des professionnels de santé ;
- l'éco-responsabilité du centre-hospitalier ;
- l'art & la culture dans la santé.

Les donateurs ont la possibilité de flécher leur soutien vers un axe de développement ou un projet particulier (à préciser au moment du don).

Le fonds de dotation « Les Portes de la Cité » propose également aux donateurs de soutenir l'ambition globale de la structure afin de favoriser son déploiement en la rendant plus visible et performante.

² Le fonds de dotation « Les Portes de la Cité » est en cours de construction au moment de la publication de ce Règlement Intérieur (Juin 2025).



PARTIE 4.

Les dispositions relatives aux droits, libertés et devoirs des patients, et des usagers



Chapitre 11. La Charte de la personne hospitalisée

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

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

Annexe 5 : Charte de la personne hospitalisée

CIRCULAIRE DHOS DU 02 MARS 2006, RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HOSPITALISÉES ET COMPORTANT UNE CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE



Chapitre 12. Le droit à l'information du patient et de ses proches

Article 49. L'information générale

49.1 Le livret d'accueil

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

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

Chaque établissement du Centre Hospitalier adapte le contenu de son livret d'accueil en fonction de son organisation générale et de la nature de ses activités. La présentation du livret d'accueil est libre, mais doit rendre compte de rubriques spécifiques suivant l'activité de l'établissement³.

ARTICLES L. 1111-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

49.2 Information sur l'identité des professionnels de santé

Toutes les personnes hospitalisées et usagers du Centre Hospitalier ont la possibilité d'identifier le prénom et la profession des professionnels en charge de leur prise en soins ou bien de leur accompagnement. À l'exception des professionnels des urgences pour des raisons de sécurité, ces éléments sont spécifiés directement sur les blouses des professionnels ou bien grâce à un badge.

³ Les principales dispositions contenues dans le livret d'accueil du Centre Hospitalier de figurent à l'article 82 du présent règlement intérieur.



49.3 L'information à la personne de confiance

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

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

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

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du Juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le Juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

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

ARTICLES L. 1111-6 ET R. 1112-9 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

49.4 L'information à la famille et aux proches du patient

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

Dans chaque service du Centre Hospitalier de Carcassonne, les médecins reçoivent les proches du patient dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance du patient et de ses proches. Les



indications d'ordre médical peuvent être données par le médecin dans les conditions définies par le Code de Déontologie Médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés à ses proches.

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

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

Article 50. L'information médicale

ARTICLES L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 1112-1 ET LES SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

50.1 L'information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

La personne concernée doit également en être informée lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, sauf dans le cas où la personne concernée n'est pas retrouvable. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.



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

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues par le présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou ses ayants-droit si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

ARTICLES L. 1111-2 ET SUIVANTS ET R. 1112-2 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

50.2 L'information relative au dossier médical

- **Le contenu du dossier médical**

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

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

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



50.3 La communication du dossier médical

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

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

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

- **Les personnes pouvant accéder au dossier médical**

Pour le patient majeur

Le patient a accès librement à son dossier médical. La demande n'a pas à être motivée.

Pour le patient mineur

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

Le patient majeur protégé

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



Les ayants droit

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

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

- connaître les causes de la mort du défunt ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- faire valoir des droits.

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

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

• Les informations du dossier médical communicables

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

Ces informations sont les suivantes :

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

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



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

ARTICLES R. 1111-1 À R. 111-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **Les modalités d'accès au dossier médical**

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

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

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

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

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

Le patient, ou le demandeur, ont trois possibilités pour avoir accès au dossier médical.

1. Par consultation sur place avec ou sans accompagnement médical (médecin ayant pris en charge le patient ou médecin médiateur) et avec ou sans remise de copies de documents. À la suite de la consultation sur place, le patient doit remplir et signer une attestation de consultation du dossier médical sur place qui sera transmise au service de la communication des dossiers médicaux. Une copie de cette attestation est insérée au dossier du patient.



2. Par une remise en mains propres à l'intéressé du dossier médical. Un accusé de réception est rempli et signé.
3. Par l'envoi en recommandé, ou en dématérialisé, des copies par le secrétariat de la communication des dossiers médicaux. Lorsque le patient ne précise pas le mode de communication qu'il souhaite, le service de la communication des dossiers médicaux l'informe de la procédure retenue par défaut, à savoir l'envoi postal.

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

- **Les délais de communication du dossier médical**

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

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

La demande faite doit être complète pour être valide.

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

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



- **La facturation de la consultation du dossier médical**

La consultation du dossier médical sur place est gratuite.

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

- **Les demandes de consultations du dossier médical identifiées comme abusives**

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

50.4 La communication des clichés d'imagerie médicale

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

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

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

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



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

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

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

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

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

ARTICLE L. 1111-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 1142 ET R. 1142-4-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



50.6 La transmission d'information entre professionnels de santé

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

À la fin du séjour, une lettre de liaison comprenant les éléments nécessaires à la continuité des soins du patient est remise au médecin traitant, ou, le cas échéant, au médecin qui a adressé le patient. Cette même lettre de liaison est également adressée au patient.

La lettre de liaison comprend l'identification du patient, du médecin traitant ou du praticien adresseur ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé, le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et ceux arrêtés pendant le séjour, l'annonce ou l'attente des résultats d'examens et les suites à donner y compris d'ordre médico-social.

ARTICLE L. 1111-22 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

50.7 Le traitement informatique du dossier du patient

Le dossier médical du patient est informatisé au travers du Dossier Patient Informatisé et des dossiers de spécialités. La structuration de ces éléments et leurs enrichissements doivent être de même nature et répondre à la même exhaustivité que le dossier médical papier du patient. Des systèmes de numérisations des pièces physiques viennent compléter la capacité d'enrichissement du dossier numérique.

Lors de l'admission et du séjour du patient au sein du Centre Hospitalier, des informations nominatives le concernant d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par les professionnels. Ces informations font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services : bureau des admissions, services médicaux et médicotechniques, service d'information médicale, etc.

Le Centre Hospitalier veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations, ainsi qu'au respect de leur stricte confidentialité. Le traitement des informations ne doit pas porter atteinte à la vie privée, ni aux libertés



publiques et individuelles du patient. La loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le Règlement général relatif à la protection des données à caractère personnel (RGPD) ont pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le patient, pour les informations nominatives qui le concerne et qui sont contenues dans un traitement informatique. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions de cette loi. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein du Centre Hospitalier de Carcassonne est identifié dans un registre des traitements de données personnelles et fait l'objet de mesures de sécurité technique et organisationnelle sous le pilotage du Délégué à la protection des données de l'établissement et du Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI). Le cas échéant, l'établissement réalise les formalités administratives nécessaires auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés CNIL conformément à la loi informatique et libertés. Pour tout renseignement à ce sujet, les patients peuvent s'adresser au délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@ch-carcassonne.fr.

Chapitre 13. Le respect de la personne

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits du patient inscrit dans le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés.

Article 51. Le respect de l'intimité et de la dignité du patient

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour.



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

Les professionnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par le patient occupant la chambre. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec le patient sont strictement proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

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

Article 52. **Le respect de liberté d'aller et de venir**

Le séjour du patient est normalement libre sauf en cas d'une hospitalisation sous contrainte, à la demande d'un tiers et pour les détenus. Cependant, dans les situations d'accueil d'un patient présentant un état de santé psychologique ou physique vulnérable, l'établissement de santé, dans le cadre de son devoir de surveillance peut devoir assurer une certaine restriction dans la liberté d'aller et venir du patient.

Le patient en fonction de son état physique et psychologique, et des conditions d'hébergement dans lesquelles il se retrouve, peut recevoir qui bon lui semble, à condition que cela ne perturbe pas autrui, le bon fonctionnement du service et après autorisation médicale (si nécessaire).

ARTICLE R. 1112-56 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 53. **Le respect de l'exercice des cultes**

Le Centre Hospitalier garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, rites funéraires, etc.). Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite au patient qui en exprime le désir auprès des cadres de santé des services de soins.



Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au bon fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres patients et de leurs proches.

Le principe de la liberté religieuse doit être concilié avec le principe de laïcité qui a cours à l'hôpital public et ne doit pas faire obstacle à la bonne organisation du service. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'un patient, d'un visiteur, d'un professionnel de l'établissement ou externe, ou d'un bénévole.

Les signes d'appartenance religieuse, et la distribution de tout document, quelle qu'en soit la nature ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement par les patients, leurs familles, les visiteurs ou les professionnels de l'établissement ou externe, dès lors que ces éléments constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le bon déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public. De plus, il est interdit de dissimuler son visage dans l'enceinte de l'établissement conformément à la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010. L'enceinte de du Centre Hospitalier englobe les bâtiments, les parkings, les circulations jusqu'à la limite de la propriété. Le service d'accueil pourra être en mesure d'intervenir et de demander aux personnes concernées de se contraindre au règlement intérieur et aux lois en vigueur sur le territoire français.

LOI N°2010-1192 DU 11 OCTOBRE 2010

Article 54. **Le respect du droit civique**

En application des dispositions du Code électoral, le patient ou résident qui, en raison de son état de santé ou de ses conditions physiques, est dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peut exercer au sein du Centre Hospitalier son droit de vote, par procuration.

Les patients qui souhaitent demander une procuration peuvent contacter le service état civil du Centre Hospitalier au poste 04.68.24.20.19 entre 09h et 17h00 du lundi au vendredi. Pour les résidents des EHPAD des Rives d'Odes et Iéna, les résidents peuvent se rapprocher du service administratif de l'EHPAD entre 09h00 et 17h00 du lundi au vendredi poste 04.68.24.67.06.



Un Officier de Police Judiciaire se rend directement sur place, au Centre Hospitalier ou sur les Établissements Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), pour établir les procurations via un document cerfa cartonné, au moyen du numéro d'électeur du mandant, du mandataire, et nom, prénom et date de naissance de ce dernier.

Le patient ou le résident doit donner à l'Officier de Police Judiciaire sa pièce d'identité, son numéro d'électeur (inscrit sur carte électorale), son nom, prénom, date de naissance et numéro d'électeur du mandataire.

À noter que le mandataire ne doit pas être forcément inscrit sur la liste électorale de la même commune. Il s'engagera, en revanche, à voter dans le bureau de vote du mandant.

Le jour du vote le mandataire a uniquement besoin de sa carte d'électeur et de sa pièce d'identité lorsqu'il se présentera au bureau de vote du mandant.

La procuration peut également se faire par le mandant ou un aidant par voie numérique en se connectant sur <https://www.maprocuration.gouv.fr> par le biais de France connect. Pour cette procédure numérique, un numéro sera délivré à l'issue au mandant, et pourra être communiqué au service de police. Une fois validé le mandant et mandataire reçoivent un mail de confirmation confirmant la validité de la procuration, celle-ci partant directement dans les services des Mairies concernées.

Les numéros peuvent également être communiqués par le mandant ou mandataire à l'adresse procurations-police-carcassonne@interieur.gouv.fr

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 75 DU CODE CIVIL

Article 55. Le droit à la qualité des soins

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.



ARTICLES L. 1110-5 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 1110-10 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 56. **Le droit à la prise en charge de la douleur**

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

ARTICLES L. 1110-5 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 1110-10 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 57. **Le droit à la prise en charge en soins palliatif**

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect du libre choix.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils considèrent à tout moment la personne comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ils ne hâtent pas ni ne retardent le décès de la personne malade. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort.

Le Centre Hospitalier dispose de six lits identifiés de soins palliatifs. L'unité mobile de soins palliatifs de la Clinique Montréal intervient sur le Centre Hospitalier pour assurer l'accompagnement des patients et des professionnels. Ses objectifs sont :

- d'aider et conseiller les équipes soignantes dans la prise en charge ;
- d'écouter et soutenir les patients et leurs proches ;
- d'aider à la réflexion sur les difficultés éthiques et thérapeutiques rencontrées par les équipes soignantes ;
- de favoriser la sensibilisation et la formation aux soins palliatifs et à l'accompagnement ;
- d'être présent en soutien des familles même après le décès.



Article 58. **Les directives anticipées**

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées informent sur les souhaits des personnes relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement, et en particulier de :

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

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. La décision de refus d'application des directives anticipées est portée à la connaissance de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches, et est inscrite dans le dossier du patient.

Un modèle de rédaction est proposé par l'établissement mais le patient peut utiliser d'autres formulaires ou rédiger ses directives anticipées sur papier libre. Les directives anticipées doivent être datées et signées, et stipulent impérativement le nom, prénom et date et lieu de naissance de la personne concernée. Elles sont intégrées informatiquement depuis le dossier médical du patient.

Les directives anticipées peuvent être rédigées par toute personne majeure. La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille, s'il existe. Toute personne dans l'incapacité d'écrire peut faire appel à deux témoins, dont sa personne de confiance, pour rédiger à sa place ses directives anticipées. Ces personnes doivent attester que ce document, rédigé par l'un d'entre eux ou



par un tiers, exprime bien la volonté du patient. Elles doivent indiquer leur nom, prénom et qualité et leur attestation doit être jointe aux directives anticipées.

Face à un patient qui n'est plus en capacité d'exprimer ses volontés, les médecins doivent chercher à savoir s'il a rédigé des directives anticipées. Il est donc important qu'elles soient facilement accessibles. Le patient doit informer son médecin et ses proches de l'existence de celles-ci et de leur lieu d'enregistrement ou de conservation.

Les directives anticipées ont une durée illimitée. Toutefois, elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.

ARTICLES R.1111-17 ET 1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Chapitre 14. Le consentement du patient

Article 59. Les conditions générales du consentement aux soins

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

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé, ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur ni sans celui du tuteur s'il est sous tutelle.

Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi. Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

ARTICLE L. 1111-4 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 1110-3 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 60. **Le consentement aux soins du patient en fin de vie**

Lorsque le patient en fin de vie est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix. La décision du patient et l'information qui lui a été faite sont inscrites dans son dossier médical.

À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mise en œuvre dans les cas suivants :

- lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement, engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 1110-5-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 61. **Le consentement aux soins du patient hors d'état d'exprimer sa volonté**

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical du patient. Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

ARTICLE L. 1111-4 ET L. 1111-11 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 62. **Le consentement aux soins du patient mineur**

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale.

Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale. Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir. Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, dans un bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence. Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur. Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE R. 1112-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE R. 4127-42 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 63. **Le consentement aux soins du patient majeur protégé**

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

Article 64. **Le refus de soins**

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du patient reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement en soin palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté du patient après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, le patient met sa vie en danger, il doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Dans ce cas, le patient peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés ou souhaite interrompre le traitement, une proposition alternative de soins est systématiquement recherchée au préalable, dans toute la mesure du possible.

La sortie du patient peut éventuellement être prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant⁴. En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du patient, le médecin responsable s'assure que le refus du patient procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt. Le médecin informe, s'il y a lieu, la personne de confiance désignée, ou la famille ou un autre proche. Le patient, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. En cas de refus persistant, le médecin responsable prend les décisions qu'il estime nécessaires pour le patient compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du patient d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 1112-16 ET R. 1112-43 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

⁴ Les dispositions relatives à la sortie contre avis médical figurent à l'article 110 du présent règlement intérieur.



Chapitre 15. Les dispositions relatives aux recherches impliquant la personne humaine, aux dons et aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain

Article 65. La recherche impliquant la personne humaine

Les médecins peuvent proposer aux patients ou aux personnes venues pour une consultation de participer à une recherche impliquant la personne humaine. La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches impliquant la personne humaine doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques. Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi d'une part pour les personnes majeures protégées, et d'autre part pour les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique. Les patients ou le cas échéant leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches impliquant la personne humaine ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation. Lorsqu'une recherche impliquant la personne humaine est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.



Dans le cas de recherches nécessitant la réutilisation d'échantillons biologiques (tissus ou cellules prélevés dans le cadre du soin par exemple) à des fins scientifiques, et où il s'avère impossible de recueillir le consentement du patient en raison de son décès, la loi permet de conserver et d'utiliser l'échantillon bien que la personne n'ait pu en être informée. Cette dérogation ne s'applique pas dans le cas où les prélèvements sont constitués de tissus et cellule germinaux.

Concernant les études rétrospectives et le traitement de données de patients décédés : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) prévoit que les données à caractère personnel des patients décédés peuvent faire l'objet d'un traitement à des fins de recherche si la personne ne s'y est pas opposée de son vivant par écrit.

ARTICLES L. 1121-1 À L. 1126-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 1121-1 À R. 1125-26 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 66. Les modalités générales des prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur le patient

Le prélèvement d'éléments du corps humain ou la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable du donneur. Le patient peut révoquer son consentement à tout moment.

Sauf exceptions prévues par la loi, aucun prélèvement de tissus ou de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne.

Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le Centre Hospitalier.

Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

ARTICLES L.1211-1 ET L.1241-2 À L.1241-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R.1211-1 À R.1211.10 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 67. Le don du sang et produits sanguins labiles

67.1 Le don du sang

L'Établissement Français du Sang (EFS) organise au sein du Centre Hospitalier la collecte de produits sanguins.

Le don de sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin.

Le don de sang ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ni indirecte.

L'Établissement Français du Sang assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donneurs de sang à raison des opérations de prélèvement. Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

67.2 Les produits sanguins et labiles

Le patient dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles est transfusés avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'Établissement Français du Sang auquel le Centre Hospitalier est rattaché.

Le patient devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis peut, s'il ne présente pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever son propre sang qui lui sera transfusé ultérieurement.

Dans le cadre de la transfusion autologue différée, le sang est conservé par le site transfusionnel de l'Établissement Français du Sang ou le dépôt du Centre Hospitalier. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue.

Il n'est pas possible pour le patient de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe



67.3 La sécurité transfusionnelle

Le médecin prescrit au patient les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de son état général et de sa/ses pathologie(s). Il s'assure de la traçabilité des produits effectivement administrés au patient.

Au cas où est diagnostiqué chez le patient un évènement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance du Centre Hospitalier en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'Établissement Français du Sang, en lui spécifiant les références des produits transfusés. Le Centre Hospitalier doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation⁵.

Le Centre Hospitalier établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel intégré au dossier médical du patient. Au cours de son séjour, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. Pour le patient mineur, l'information est communiquée aux titulaires de l'autorité parentale et, pour le patient majeur protégé, l'information est communiquée à son représentant légal.

Article 68. Les prélèvements et greffes d'organes

Le don d'organes est un acte qui permet à une personne de son vivant ou après sa mort de faire don d'un ou plusieurs de ses organes. Le don est le premier maillon de la greffe. Il permet de sauver des vies et pour les bénéficiaires de retrouver une bonne qualité de vie.

En France, le don d'organes et de tissus est encadré par la loi n°94-654 de bioéthique du 29 juillet 1994 révisée pour la troisième fois en 2011.

Sous l'égide de l'Agence de la Biomédecine, elle répond à 3 grands principes :

- tout le monde est présumé donneur d'organes et de tissus sauf si la personne a exprimé de son vivant le refus de donner en informant ses proches ou en s'inscrivant sur le Registre National des Refus (www.agence-biomedecine.fr ; www.service-public.fr) dès l'âge de 13 ans – ce positionnement est révoquant à tout moment ; dans le cas d'un mineur, ce sont les deux titulaires de l'autorité parentale qui autorisent ou

⁵ Les dispositions relatives à l'information des patients sur les accidents médicaux, iatrogène ou les infections nosocomiales figurent à l'article 50 – 50.5 du présent règlement intérieur.



non par écrit le prélèvement d'organes.

- le don d'organes est un acte gratuit ;
- le don d'organes repose sur le principe de la préservation de l'anonymat.

Cette règle ne s'applique pas aux dons du vivant. En effet, certains organes peuvent être donnés par la personne de son vivant à une personne de son entourage, à condition d'apporter la preuve d'un « lien affectif étroit et stable » depuis au moins deux ans avec le receveur, et après autorisation d'un comité indépendant donneur vivant qui s'assure de la liberté de décision du donneur ainsi que des risques et conséquences éventuelles du prélèvement. Les dons peuvent concerner un rein, un lobe de foie, ou de la moelle osseuse, etc. Environ 10 % des greffes réalisées le sont à partir de donneurs vivants.

D'autres organes et tissus ne peuvent être donnés qu'après la mort, par une personne en état de mort cérébrale, lorsque tous les organes sauf le cerveau fonctionnent encore grâce à la réanimation. Le décès est objectivé par deux électro-encéphalogrammes plats ou par la réalisation d'un angioscanner qui confirme l'arrêt de la circulation cérébrale.

Toute personne quel que soit son âge peut être considérée comme un donneur potentiel, la notion de bénéfice-risque pour le receveur étant évalué au cas par cas.

Environ 20 000 personnes sont en attente de greffe en France. Deux patients, atteints de maladies ayant abouti à la perte ou au mauvais fonctionnement d'un organe vital, décèdent chaque jour sur liste d'attente faute de l'attribution d'un greffon. Une personne greffée peut voir sa vie prolongée de plusieurs années.

En l'absence de positionnement clair de la personne, les équipes soignantes se tourneront vers la famille et les proches pour recueillir le positionnement du défunt et sa non opposition au don de son vivant. Pour que sa volonté soit entendue, bien comprise et respectée de tous, mieux vaut la faire connaître auprès de son entourage soit par écrit, soit par oral afin de ne pas les laisser dans la difficulté.

Le Centre Hospitalier est engagé dans la démarche du don et du prélèvement depuis 2002. Il fait partie des établissements autorisés à prélever (par l'Agence de la Biomédecine et par l'Agence Régionale de Santé) sur site les patients en état de mort encéphalique (le prélèvement est alors réalisé au bloc opératoire), et les patients à cœur arrêté pour les tissus (cornées essentiellement à ce jour).



L'équipe de coordination hospitalière composée d'un médecin et de 1.5 Équivalent Temps Plein (ETP) infirmières a de nombreuses missions :

- elle assure la formation des soignants, y compris au sein de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé, l'information grand public et au sein des collèges et des lycées ;
- elle assure une continuité de présence par le biais d'astreintes téléphoniques ;
- elle est en première ligne lors de la réalisation d'un prélèvement, pour assurer l'homéostasie des donneurs en lien avec leurs collègues de réanimation, l'entretien et l'accompagnement des proches, la coordination des équipes qui vont se succéder au bloc opératoire ;
- elle est garante vis-à-vis de l'Agence de la Biomédecine du bon déroulement du processus et vis-à-vis des familles du respect de la dignité et de l'intégrité du donneur.

La Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus (CHPOT) est une unité fonctionnelle du Pôle Réanimation Urgences SAMU SMUR du Centre Hospitalier. Elle se situe au rez-de-chaussée, à proximité immédiate du service de réanimation, et il est possible de la joindre au 04.68.24.21.24 pour toute information complémentaire.

LOI N° 94-654 DU 29 JUILLET 1994

ARTICLES L.1231-1 À L.1235-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R.1231-1 0 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 69. **L'autopsie médicale**

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

Le Centre Hospitalier n'assure pas les autopsies médicales.

En cas de nécessité, les corps des personnes sont transférés à l'Institut Médico-Légale du Centre Hospitalier de Montpellier.

ARTICLES L. 1211-2 ET L. 1232-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 70. **Les modalités spécifiques des prélèvements à des fins scientifiques**

Sous réserve de dispositions légales spécifiques et sauf si le patient, dûment informé, s'y est opposé, le Centre Hospitalier est susceptible de conserver et d'utiliser des éléments et produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés.

Lorsque cette personne est un mineur, ou un majeur protégé, avec représentation relative à la personne, cette opposition peut être exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal. Le refus du mineur ou du majeur protégé fait obstacle à cette utilisation. Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la biomédecine.

ARTICLE L. 1241-1 À L. 1245-8 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 1241-1 À R. 1245-38 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Chapitre 16. **Le respect du secret professionnel**

Article 71. **Le secret professionnel à l'hôpital**

À l'exception des situations de dérogation expressément prévues par la loi, le secret professionnel couvre l'ensemble des informations concernant le patient venu à la connaissance d'un professionnel hospitalier du Centre Hospitalier. Cette obligation s'applique également à de tout organisme en lien avec le patient et toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le Centre Hospitalier ou lesdits organismes. L'obligation de respecter le secret professionnel, instituée dans l'intérêt du patient, permet d'assurer la confiance nécessaire à l'exercice de la médecine et à la mission du service public.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 1110-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 72. **Le secret professionnel entre professionnels de santé**

Ainsi, deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition du patient dûment averti. Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

Article 73. **Le secret professionnel à l'égard des proches et de la famille du patient**

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations. En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès. Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée nécessaires à la prise en charge d'une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues par le Code de la Santé Publique soient délivrées au médecin assurant cette prise en charge, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Par ailleurs, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du Centre Hospitalier de Carcassonne ou sur leur état de santé (cette disposition ne fait pas obstacle aux sollicitations des autorités judiciaires sur réquisition). Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil, etc.) en sont avisés.

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 institue une situation particulière de respect du secret puisque le mineur peut



garder le secret sur son état de santé qui empêche le médecin de consulter les titulaires de l'autorité parentale (article L. 1111-5 du Code de la santé publique).

Cette même disposition est valable pour la mineure qui veut garder le secret sur une interruption volontaire de grossesse. La loi du 4 juillet 2001 (article L. 2212-4 du Code de la santé publique) précise que la mineure peut garder secrète cette intervention à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, à la condition de se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

LOI N° 2002-303 DU 4 MARS 2002

ARTICLE L.1111-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LOI DU 4 JUILLET 2001

ARTICLE L. 2212-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 74. **Le secret professionnel à l'égard de l'autorité judiciaire, des forces de l'ordre et de la préfecture**

L'article 226-14 du Code pénal mentionne les situations dans lesquelles le secret professionnel est levé.

ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL

74.1 Les renseignements administratifs et liés à la situation d'hospitalisation du patient

Le secret professionnel ne couvre pas les renseignements administratifs d'un patient, ainsi que des renseignements spécifiques liés à la situation d'hospitalisation du patient.

Le Directeur ou son représentant est donc autorisé à délivrer à l'autorité judiciaire et/ou aux forces de l'ordre, lorsque ceux-ci se présentent sur l'établissement, sans qu'il y ait besoin d'une réquisition écrite du Procureur de la République ou du Juge d'instruction, ou de l'Officier de Police Judiciaire, les renseignements suivants concernant le patient :

- l'état civil ;
- le lieu de domiciliation ;
- les numéros de téléphone ;
- la situation de sortie ;
- le pronostic vital ;
- le décès éventuel.



74.2 Le mauvais traitement

En cas de mauvais traitements (quelle que soit leur nature : violences physiques, violence psychiques, violences sexuelles ; menaces réitérées, privation de soins, etc.) mettant en danger la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un mineur ou d'une personne vulnérable, les professionnels hospitaliers ont le devoir d'agir en prévenant le Procureur de la République. L'obligation de signaler les faits cours même en l'absence d'accord préalable ou même de refus de la victime.

De manière générale si un danger menace la victime, notamment un risque de réitération de sévices, le délit de non assistance à personne en danger interdit une attitude passive des professionnels hospitaliers. À ce même titre, les professionnels hospitaliers doivent mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger la victime.

74.3 L'introduction d'une arme ou de produits stupéfiants

L'introduction d'une arme ou de produits stupéfiants est strictement interdite dans l'enceinte du Centre Hospitalier.

Toute arme ou tout produit stupéfiant détenu par un patient est saisi par le professionnel de sûreté et est obligatoirement remis aux forces de l'ordre. En présence du Cadre de santé du service ou de garde, le professionnel de sûreté saisi et dépose l'arme ou les produits stupéfiant dans un coffre dédié présent au bureau des entrées, et renseigne le registre de conservation des armes de catégorie D et substances illicites. Il informe dans un plus bref délais le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

Les professionnels de santé, dans le respect de leur conscience, peuvent informer le Préfet ou les forces de l'ordre du caractère dangereux des personnes concernées par une situation impliquant une arme.

Article 75. Le traitement automatisé des données à caractères personnel

À l'occasion de son séjour au sein du Centre Hospitalier, le patient délivre des renseignements administratifs, sociaux et médicaux le concernant et constituant des données à caractère personnel. Ces données sont traitées par les applications informatiques du Centre Hospitalier.



Ces données sont recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse ou encore des travaux statistiques à usage de service.

Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect du règlement général de protection des données (RGPD) qui s'inscrit dans la continuité de la loi française « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter, de les mettre à jour ou encore pour en demander la suppression pour des raisons justifiées. Ce droit peut être exercé en s'adressant directement au Directeur du Centre Hospitalier.

Il est à préciser que les données médicales sont informatisées et réservées aux professionnels de santé qui assurent le suivi de chaque patient. De plus, tout professionnel de santé désigné par le patient peut également en prendre connaissance.

LOI FRANÇAISE « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS » DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE PAR LA LOI DU 20 JUIN 2018

Article 76. **La discrétion demandée par le patient**

Toute personne prise en charge par le Centre Hospitalier a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Les patients majeurs peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état général du patient peuvent être fournis par le cadre ou une infirmière de l'unité aux membres proches de la famille, sauf si le patient s'y oppose expressément.



Article 77. **La prise de vue et l'utilisation de l'image du patient**

Toute personne ou son représentant légal doit préalablement à la captation ou à la diffusion de son image donner son consentement par écrit. Dans le cas particulier des mineurs ou des majeurs protégés, il est nécessaire d'obtenir leur autorisation, en plus de celle du représentant légal, dès lors qu'ils sont capables de discernement. Le consentement doit porter sur la prise d'image, son exploitation, sa publication ou sa diffusion. Le stockage d'images doit respecter la législation. Le cas échéant, l'autorisation de créer un fichier sera demandée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les prises d'images du patient à finalité médicale devront être autorisées, par écrit, par le chef de service.

Chapitre 17. **Les réclamations et voies de recours**

Article 78. **Les modalités pour porter une réclamation**

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de satisfaction de sortie, toute personne accueillie au sein du Centre Hospitalier – ou son représentant légal ou, en cas de décès, ses ayants droit – peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement aux différents professionnels hospitaliers ayant assuré sa prise en soin, mais également par courrier adressé au Directeur du Centre Hospitalier.

Les observations exprimées par le requérant sont, selon leur nature, examinées par :

- le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant ;
- la Chargée des relations avec les Usagers ;
- la Commission des Usagers (CDU).

L'établissement est tenu d'accuser réception des demandes et réclamations présentées par écrit, et donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer qu'oralement de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit. La Chargée des relations avec les Usagers apporte systématiquement une réponse motivée et adaptée à l'observation du requérant et informe des possibilités de voies de recours.



Le requérant a également la possibilité de saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'estime être victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

Le requérant a également la possibilité d'engager un recours contre le Centre Hospitalier auprès du Tribunal Administratif de Montpellier. Celui-ci peut ordonner une expertise dans un premier temps qui, permettra éventuellement d'établir la responsabilité du Centre Hospitalier dans la survenue du dommage, et de fixer les postes de préjudices en découlant. Dans un deuxième temps, le Juge pourra lier le contentieux de manière définitive en se prononçant sur l'indemnisation de l'Usager et sur la responsabilité de l'établissement. Préalablement à tout recours à visée indemnitaire devant le Juge administratif, le requérant doit formuler auprès du Centre Hospitalier, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice

L'ensemble des réclamations est analysé par la Commission des Usagers (CDU), qui veille au respect des droits des Usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches.

ARTICLES R. 1112-79 À R. 1112-94 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 79. La médiation

Un médiateur médecin, un médiateur non médecin, ainsi que des suppléants, sont désignés au sein du Centre Hospitalier par le Directeur.

Le service des relations avec les Usagers organise les médiations en présence du patient – ou son représentant légal ou, ses proches, ou en cas de décès, ses ayants droit – sur simple demande.

Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, le service des relations avec les Usagers demande l'accord du patient – ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès.

Le médecin médiateur rend compte de son action au Directeur du Centre Hospitalier et à la Commission des Usagers.

ARTICLES R. 1112-91 À R. 1112-94 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 80. **La maison des Usagers**

Depuis le 4 septembre 2024, le Centre Hospitalier de Carcassonne est doté d'une Maison des Usagers. Située dans Hall d'accueil, la Maison des Usagers est un lieu d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers et les associations. Chaque semaine, selon un planning défini affiché à l'entrée du local, elle y accueille les permanences des représentants des usagers mais également celles des associations de bénévoles qui interviennent dans l'établissement.



PARTIE 5.

Les dispositions relatives au séjour du patient



Chapitre 18. Les modalités d'accueil du patient

Article 81. L'accueil du patient

Le Centre Hospitalier accueille toutes les personnes ayant besoin de soins, sans distinction d'origine, de sexe, de condition sociale et familiale, d'opinions politiques, de religion, sans préjuger de leur handicap.

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé dans lequel elle souhaite être prise en charge, et le praticien qui la prend en charge. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont relève le patient, dans les limites imposées par les situations d'urgence, par l'organisation du service, et par les disponibilités en lits de l'établissement.

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

Le patient est invité lors de son accueil à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite une personne de confiance

Une signalétique adaptée précise à l'accueil de l'hôpital la localisation de ses différents services et consultations.

L'accès du Centre Hospitalier est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Le Centre Hospitalier dispose d'un référent handicap.

ARTICLES L. 1110-1 À L. 1110-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 6112-1 ET L. 6112-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 82. Le livret d'accueil du patient

Le livret d'accueil est mis à disposition de tous les patient admis en hospitalisation. Il contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du Centre Hospitalier.

La Charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.



Ce livret d'accueil est mis à la disposition des consultants externes, sur demande. Il est également disponible sur le site Internet du Centre Hospitalier.

Ce livret d'accueil est mis à jour régulièrement.

Pour compléter les informations générales d'accueil de ce livret, chacun des services du Centre Hospitalier propose un livret d'accueil informant des spécificités du service concerné.

Annexe 5 : Charte de la personne hospitalisée

ARTICLES L. 1111-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 83. La prise en charge au titre de l'activité libérale

À leur demande, les patients peuvent être pris en charge par des médecins ayant passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale, dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

En cas d'hospitalisation, ce choix doit être formulé par le patient lui-même ou par son accompagnant, par écrit et dès son entrée au Centre Hospitalier, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix.

Dans tous les cas, le patient doit recevoir préalablement à sa prise en charge et par écrit, toutes les indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de son choix, notamment sur les honoraires fixés par entente directe entre le patient et le médecin, la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. La prise en charge médicale peut dans ce cas s'effectuer dans les services où elle s'exerce en secteur public.

En ce sens, il est rappelé l'Article 6 du Code de déontologie médicale : « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit ».

Le délai de rendez-vous dans le secteur public, ne saurait justifier qu'on impose au patient une prise en charge en secteur privé.

Tous les actes proposés en secteur privé doivent l'être également en secteur public.

Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée font l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.



Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

Les secrétariats médicaux doivent solliciter l'avis du patient avant de programmer un rendez-vous en secteur privé.

En principe, lorsque le patient a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public, il en va de même dans le sens inverse. Toutefois, le Directeur du Centre Hospitalier peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du patient.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin et doit obligatoirement être affiché dans le service. Le paiement des honoraires s'effectue selon les modalités réglementaires en vigueur. Conformément à l'article 53 du Code de déontologie médicale, « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure ».

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

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

À noter que la Commission de l'Activité Libérale (CAL) est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, dans le respect des dispositions juridiques en vigueur, au sein du Centre Hospitalier.

ARTICLES R. 1112-21 À R. 1112-23 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Chapitre 19. Les modalités du séjour

Article 84. La procédure d'admission

84.1 L'accueil du patient lors de l'admission

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par du personnel administratif et médico-administratif dans les services de consultations.

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré par le personnel soignant dans les services d'hospitalisation.

Dès son admission dans le service de soin, le patient est invité à désigner une personne de confiance et/ou une personne à prévenir en cas de besoin.

En cas de défaut d'identité concernant le patient admis, le Centre Hospitalier recherche toute information auprès de ses proches et de toute personne ayant participé à sa prise en charge (SAMU, Sapeurs-Pompiers, Ambulanciers ou de toute personne ayant participé au transport du patient jusqu'à l'établissement).

84.2 Les pièces à fournir lors de l'admission

- **Les pièces à fournir pour le dossier d'admission dans un contexte général**

Quel que soit le mode d'admission du patient, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité et aux conditions de la prise en charge de son hospitalisation ou de sa consultation externe.

Lors de son admission, il est demandé au patient de produire un document d'identité à haut niveau de confiance (passeport, carte d'identité, titre de séjour, livret de famille dont carte d'identité des parents pour les patients mineurs).

En outre, les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent et ceux de leur éventuelle mutuelle complémentaire.

Le patient bénéficiaire de la couverture santé solidaire doit être muni de l'attestation correspondant à sa situation.



Le patient bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État (AME) doit être muni d'une attestation en cours de validité.

- **L'admission dans un contexte où le patient n'est pas couvert par un organisme social**

Si le patient admis au sein du Centre Hospitalier ne relève d'aucun organisme social, il est tenu d'acquitter, auprès du régisseur, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation.

Ce versement doit être effectué lors de son séjour et viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

Dans l'hypothèse où la somme versée serait supérieure au montant dû à l'issue de la prise en charge, la différence fera l'objet d'un remboursement au patient.

Le service d'Assistante Sociale du Centre Hospitalier peut être sollicitée pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. L'assistance sociale propose au patient de l'assister pour toutes ses démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation.

- **L'admission dans un contexte où le patient souhaite une admission sous venue confidentielle**

Si le patient le souhaite, il peut demander au bureau des entrées et aux professionnels de santé du service où il est admis, que son identité et/ou sa présence au sein du Centre Hospitalier ne soit pas révélée pendant son séjour vis à vis des tiers.

Le patient est alors admis en venue confidentielle. Ceci implique que les coordonnées relatives à la localisation du patient dans une chambre du Centre Hospitalier ne sont pas indiquées dans son dossier d'admission. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement sur réquisition des services judiciaires.

Cette disposition ne s'applique pas aux mineurs soumis à l'autorité parentale sauf cas particulier. Les mineurs peuvent cependant être admis ou placés sous identité protégée par décision judiciaire. Dans cette hypothèse, le dossier d'admission du patient est normalement constitué mais une mention relative à cette demande y est identifiée.



84.3 Le choix du régime d'hospitalisation

- **Les régimes d'hospitalisations**

Le patient a le choix de son régime d'hospitalisation.

Chaque patient a la possibilité d'être soit admis en régime commun, soit de demander à être admis en régime particulier ce qui peut lui permettre de bénéficier d'une chambre particulière.

Le choix pour le régime d'hospitalisation doit être formulé par écrit dès l'admission, par le patient lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix. Il peut être fait obstacle à l'application du régime particulier par le Centre Hospitalier en l'absence de lits suffisants disponibles.

Le patient est par défaut admis en régime commun. Il a la possibilité d'être admis en régime particulier pour bénéficier d'une chambre seule. Le choix du régime particulier entraîne un supplément au prix de journée. Ce supplément de prix n'est pas dû lorsque l'isolement du patient en chambre à un lit est requis par son état de santé. Le patient bénéficiant d'une chambre particulière (régime particulier), doit au moment de son admission ou au cours de son séjour, signer un engagement de payer les frais. Il n'aura pas de reste à charge si sa couverture complémentaire le prend en charge.

- **Les régimes de consultations et de soins externes**

Les patients peuvent recevoir des soins en consultations externes publiques. Des consultations externes peuvent être également effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers. Les tarifs des consultations sont affichés à la vue du public.

Article 85. Les principes régissant le séjour du patient

85.1 Les règles générales d'admission

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité.

Le patient doit notamment veiller à ne pas gêner, par ses comportements ou ses propos, les autres patients ou le bon fonctionnement du service.



Le patient doit observer strictement les règles d'hygiène. Il doit être vêtu de façon décente au cours de ses déplacements dans l'enceinte du Centre Hospitalier. Il doit respecter le bon état des locaux et objets qui sont à sa disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient. En cas de faits graves et caractérisés, le Centre Hospitalier se réserve le droit d'engager, en lien avec le Parquet, des poursuites judiciaires sur le plan pénal.

Le patient peut se déplacer librement dans l'enceinte du Centre Hospitalier, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que son état de santé le permet et qu'il n'entrave pas le bon fonctionnement du service, à l'exception des possibles restrictions de déplacements (patients détenus, patients hospitalisés en soins sans consentement, patients mineurs, etc.).

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients. Le patient doit s'abstenir de tout déplacement dans la nuit hors du service dans lequel il est hébergé. Cet horaire peut être adapté aux impératifs de chaque service.

85.2 Les effets personnels du patient

- **Le dépôt de sommes d'argent, de titres et valeurs, de moyens de règlement et d'objets de valeur**

Toute personne admise au sein du Centre Hospitalier est informée, oralement et par écrit, dès son admission, de la possibilité de déposer certains de ses objets et valeurs (sommes d'argent, titres et valeurs, moyens de règlement, objets de valeurs) pendant son séjour, ainsi que des règles applicables dans les établissements de santé en matière de responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un bien lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation.

Le patient est toutefois invité à n'apporter que les objets strictement utiles à son séjour. Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour dans l'établissement. Tout patient voulant déposer un objet dont la détention durant l'hospitalisation n'est pas justifiée peut se voir opposer un refus.



Un inventaire contradictoire des biens déposés est réalisé par deux professionnels hospitaliers. Cet inventaire est signé et daté par l'ensemble des parties et introduit au dossier de soins du patient. Un reçu d'inventaire des objets et valeurs déposés est remis au patient. Les objets et valeurs sont déposées à la régie centrale du Centre Hospitalier dans un coffre présent à cet effet.

Lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté, les professionnels hospitaliers accomplissent les formalités nécessaires au dépôt des objets et valeurs afin de les mettre en sécurité.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le Centre Hospitalier est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu-inventaire. Pour les objets conservés par le patient, le Centre Hospitalier n'est responsable de leur vol, perte ou détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses professionnels. Le Centre Hospitalier n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins. De plus, la détérioration ou la perte d'une prothèse (dentaire, auditive, etc.), ne sera indemnisée qu'après analyse conjointe du service de la clientèle et de l'assureur du Centre Hospitalier.

ARTICLES L. 1113-1 À L. 1113-10 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 6145-12 ET R. 1113-1 À E. 1113-9 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **La restitution des sommes d'argent, titres et objets de valeur**

Le retrait des objets et valeurs déposés peuvent être restitués à la fin ou au cours du séjour du patient.

Le retrait s'effectue à la caisse centrale, les jours ouvrables, de 9 heures à 17 heures du lundi au vendredi.

La remise des objets et valeurs déposés est soumise à la présentation d'une pièce d'identité et du reçu d'inventaire des objets déposés.

La mention de la remise des objets et valeurs déposés est portée sur le reçu d'inventaire.

Le retrait des objets et valeurs déposés peut être effectué par le patient lui-même, par son représentant légal, par un tiers mandaté par le patient ou par ses héritiers ou légataires ou ayants droit en cas de décès. Par ailleurs, pour se voir reconnaître la qualité d'héritier, les



ayants droit devront détenir un certificat d'hérédité délivré en Mairie (succession simple) ou acte notarié établi par un notaire (succession complexe) ; livret de famille attestant la filiation directe avec la personne décédée ; ou encore une fiche d'état civil attestant la filiation directe avec la personne décédée.

Lorsqu'il existe un certain nombre d'héritiers, l'un d'eux peut se porter fort pour l'ensemble, en prenant l'engagement d'utiliser l'attestation qui lui est délivrée par les autres héritiers pour effectuer l'ensemble des démarches en leur nom et dans le respect de leurs droits.

Le retrait des objets et valeurs doit se faire dans une limite d'un an à compter de la sortie du patient.

Dans le cas où les objets et valeurs ne sont pas retirés de la sortie du patient, les valeurs et numéraire sont remis à la trésorerie hospitalière.

- **Les biens conservés par le patient**

Le patient est libre de refuser le dépôt de ses biens.

Ce refus doit être tracé de façon contradictoire par écrit sur la fiche d'inventaire mentionné dans son dossier.

Le Centre Hospitalier n'est pas responsable du vol, de la perte, ou de la détérioration des biens conservés par le patient. Ils restent sous sa seule responsabilité.

À titre exceptionnel, le Directeur ou son représentant peut autoriser de façon expresse le patient à conserver un ou plusieurs objets sur lui. Il ne peut, en tout état de cause, concerner ni des sommes d'argent, des titres ou des valeurs mobilières, ni des moyens de règlement ou des objets de valeur.

85.3 Les autorisations de sortie⁶

Le patient peut, en fonction de son état de santé, de la longueur de son séjour et sans préjudice de sa liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures, à laquelle sont rajoutés les délais de route.

⁶ Les dispositions relatives aux autorisations de sortie des patients mineurs figurent à l'article 89 – 89.2 du présent règlement intérieur.



Ces autorisations sont données par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée.

Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le Centre Hospitalier ne rentre pas dans le délai qui lui a été imparti, il sera considéré comme « sortant ». Sauf cas de force majeure, le patient sera de nouveau admis dans la limite des places disponibles.

85.4 Les conditions de visites

- **Les conditions générales des visites**

Les visites aux patients sont autorisées tous les jours.

Les horaires de visite sont de 13 heures à 20 heures. Ces horaires peuvent varier suivant les spécificités médicales des services. Des dérogations à ces horaires peuvent être autorisées suivant l'état de santé et le statut patient, avec l'accord du chef de service, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Toute entrée dans le Centre Hospitalier est interdite après 21 heures, en dehors du service des urgences. Toute personne souhaitant réintégrer le site après 21 heures doit se signaler à l'interphone présent à l'entrée principale de l'établissement.

Afin de préserver le repos des patients, il est demandé aux accompagnants et visiteurs de limiter leur visite à deux personnes à la fois et d'éviter tout bruit et tout comportement pouvant gêner le bon fonctionnement du service.

Dans un souci de respect de l'intimité des patients et des conditions de bonne exécution des soins, il est demandé aux visiteurs et accompagnants de sortir de la chambre pendant la réalisation des soins par les professionnels hospitaliers.

Les accompagnants et visiteurs doivent respecter les interdictions de fumer, vapoter et d'introduction ou consommation d'alcool et/ou toutes substances illicites, ainsi que d'animaux au sein du Centre Hospitalier.

L'accompagnant souhaitant rester auprès du patient, doit s'acquitter d'un forfait pour bénéficier d'un couchage dans la chambre du patient. La possibilité de disposer d'un



couchage n'est pas possible dans les chambres doubles. Les repas et les petits déjeuners pour les accompagnants ne sont pas fournis et autorisés dans les chambres.

Le patient peut demander au cadre de santé responsable du service, de ne pas permettre aux personnes qu'il désignera, d'avoir accès à sa chambre.

- **Les spécificités du service de pédiatrie et médecine chirurgie obstétrique**

Dans les services de pédiatrie et de médecine chirurgie obstétrique, les parents ou toute autre personne qui s'occupent de l'enfant doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de :

- ne pas contrarier la dispensation des soins ;
- ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse ;
- ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès des professionnels hospitaliers qualifiés pour y procéder. Lorsque son état le permet, les parents doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

De plus, dans le service de pédiatrie, l'accompagnant peut obtenir un petit déjeuner payant à consommer dans la chambre. Les forfaits sont à acheter à la caisse centrale, présente dans le hall du Centre Hospitalier, les jours de semaine entre 08h00 heures et 19 heures.

85.5 Les interdictions de pourboires

Les patients, accompagnants et/ou visiteurs ont l'interdiction de verser aux professionnels hospitaliers une somme d'argent à titre de gratification.



85.6 La visite des Officiers Ministériels

Un Notaire peut se rendre auprès du patient qui l'a sollicité, sans obtenir l'autorisation de l'administration du Centre Hospitalier.

Lors de sa venue, le Notaire peut demander au médecin en charge du patient, un certificat médical en vue d'établir la preuve de la capacité mentale du patient pour accomplir tout acte notarié ; dans ce cas, seul le médecin est à même de juger de l'opportunité de fournir un tel certificat.

L'appel à des professionnels hospitaliers en qualité de témoins nécessite l'information préalable du Chef de service ou du Directeur de pôle.

L'intervention des Officiers Ministériels demeure conditionnée aux impératifs de bon fonctionnement du service public hospitalier, et ceux-ci sont tenus de se conformer aux directives du Directeur ou de son représentant, ainsi que du Chef de service de l'unité durant leur visite auprès d'un patient du Centre Hospitalier.

Article 86. Les services proposés au patient

86.1 Les services de téléphonie, micro-informatique et télévision

- **La téléphonie et la télévision**

Chaque patient dispose d'un lit équipé d'un terminal multimédia lui permettant d'accéder à l'Internet, la télévision et au téléphone (numéro d'appel direct à communiquer à ses proches pour être joint).

Pour accéder à ces services, un forfait non remboursable doit être demandé auprès de l'hôtesse d'accueil de 08h00 à 19h00.

En raison des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents au sein du Centre Hospitalier, les patients, accompagnant et visiteurs en possession de téléphones portables sont tenus de les mettre et de les maintenir sur la position « avion » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tel par un affichage spécifique.

La responsabilité du Centre Hospitalier ne peut pas être engagée lorsque le patient conserve personnellement son téléphone ou son ordinateur portable et tout autre matériel électronique ou informatique sauf en cas de faute de l'établissement ou de ses préposés.



- **L'accès à l'Internet**

L'accès internet est possible dans l'intégralité du Centre Hospitalier.

Les patients souhaitant disposer du WIFI peuvent demander les accès aux hôtesse d'accueil. Un forfait payant leur sera proposé dans le cadre de la prestation Terminal Multi Média (TMM).

86.2 Le service du courrier vaguemestre

Du lundi au vendredi, le Vaguemestre du Centre Hospitalier assure l'expédition et la distribution du courrier et des mandats. Le courrier dûment affranchi est à déposer dans la boîte aux lettres du service. La levée du courrier a lieu à 15h30 du lundi au vendredi.

86.3 Le service des repas

Les repas sont servis individuellement dans la chambre du patient.

Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé au patient.

Les horaires des repas sont les suivants :

- le petit-déjeuner : 7 heures - 8 heures ;
- le déjeuner : 12 heures - 12h30 ;
- le dîner : 18h30 - 19h30.

Une boisson est également servie aux environs de 16 heures.

Les diététiciennes du Centre Hospitalier sont chargées d'établir les menus en fonction des goûts et des prescriptions médicales de chacun des patients.

Une cafétéria est située dans le hall d'entrée du Centre Hospitalier. Cet espace propose à l'achat des journaux et revues, ainsi qu'une restauration de sandwicherie quelques produits de première nécessité. La consommation se fait sur place dans un espace intérieur ou extérieur, ou bien à emporter.

Il est strictement interdit d'introduction des boissons alcoolisées et des denrées alimentaires au sein du Centre Hospitalier, ainsi que de déposer des victuailles et bouteilles sur le rebord des fenêtres afin d'éviter tout accident.



86.4 Les modalités relatives au linge personnel et de toilette

Le patient doit apporter son linge de corps personnel et de toilette, ainsi que le nécessaire pour effectuer ses soins d'hygiène corporelle (brosse à dents, mouchoirs, serviette de toilette et de table, savon, gant de toilette, etc.), et doit en assurer l'entretien.

Le linge et les effets personnels nécessaires aux soins d'hygiène corporelle sont récupérés par le patient à sortie de son hospitalisation.

En cas d'oubli, ces effets personnels seront conservés pendant une période de 3 semaines. Passer ce délai, les effets personnels oubliés seront mis à disposition d'associations de lutte contre la précarité et l'exclusion sociale.

86.5 La pratique religieuse

Au cours de son séjour, le patient peut faire appel au ministre du culte de son choix. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients, du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs liés à la sécurité, à la santé et à l'hygiène.

Les patients doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme. Une pratique religieuse ne saurait perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres.

Des ministres des différents cultes, recrutés ou autorisés par le Directeur du Centre Hospitalier en fonction des besoins exprimés ou recensés par l'établissement et sur proposition des autorités cultuelles clairement identifiées, sont à la disposition des patients sur simple demande de leur part. Le Centre Hospitalier met à disposition un espace adapté aux différentes confessions pour l'exercice de prière et recueillement.

Une permanence physique du service de l'aumônerie est présente du mardi au vendredi au sein du Centre Hospitalier, et le mercredi après-midi à l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes Iéna (EHPAD Iéna), et le jeudi après-midi à l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes des Rives d'Ode (EHPAD RDO). Des visites en chambres sont possibles à la demande du patient. L'aumônerie se situe au rez-de-chaussée. Le patient peut appel à ses services par l'intermédiaire des professionnels hospitaliers, dont les hôtesse d'accueil, ou bien en téléphonant directement au 04.68.24.20.79 / 06.42.79.36.67.



86.6 L'accompagnement d'un interprète

Le patient a la possibilité d'avoir accès à un interprète en cas de difficultés de communication au cours de son séjour.

Le recours à un interprète se fait auprès du Cadre de santé du service.

Les frais sont à la charge du patient, sauf situation exceptionnelle telle que la prise en charge d'une personne immigrée.

86.7 L'accompagnement d'une assistante sociale

Le patient peut bénéficier d'un accompagnement social par une Assistante Sociale afin de disposer d'information, d'aide à l'orientation ou d'accompagnement pour toutes les démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation ou à sa venue en consultation externe.

Article 87. Les modalités des frais de séjour

87.1 Le principe de paiement de l'hospitalisation

Toute journée d'hospitalisation est facturable et doit être payée au Centre Hospitalier par le patient ou par un tiers payeur.

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour sera demandée au patient.

Sauf dans les mêmes cas d'urgence, les patients non assurés sociaux 100 % payants dont les malades étrangers non-résidents, sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie générale du Centre Hospitalier exerce des poursuites contre le patient, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Le patient, ou son accompagnant, a la possibilité de se rendre au Bureau des Entrées en fin d'hospitalisation.

Les consultations et actes sont facturés selon les nomenclatures de la sécurité sociale.



87.2 Les tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe au Centre Hospitalier correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur. Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par le Directeur du Centre Hospitalier.

Tout patient ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à un autre organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité du tarif des soins externes auprès du Centre Hospitalier. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient acquitte uniquement le ticket modérateur.

Le patient peut être exonéré totalement du paiement de ce ticket modérateur en fonction de sa situation personnelle.

Le patient devant s'acquitter de l'intégralité des frais de soins externes ou du paiement du seul ticket modérateur pourra être amené à payer ces sommes en régie préalablement ou à l'issue de la consultation et/ou des actes effectués.

Le service social de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier assiste les patients démunis pour leur faciliter l'accès aux consultations notamment pour l'obtention d'une couverture sociale.

87.3 Le tarif de l'activité libérale

Les honoraires de l'activité libérale réalisés au sein du Centre Hospitalier, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le patient et le médecin.

Le patient reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

Ces honoraires ne comprennent pas le supplément pour chambre particulière.



87.4 Le supplément pour une chambre particulière

Suivant l'activité et des priorités médicales, des chambres peuvent être amenées à être doublées. Dans ce dernier cas, le patient ne se verra pas facturer une chambre particulière.

Le patient qui demande à être admis en chambre particulière doit, lui-même ou son organisme complémentaire, acquitter d'un supplément dont le montant est actualisé chaque année.

Ces chambres particulières ne peuvent être attribuées qu'après avoir pris en considération les priorités médicales au sein du service.

87.5 Les prestations fournies pour les accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par le Centre Hospitalier pour les accompagnants sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement par le Directeur du Centre Hospitalier.

La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou un patient en fin de vie.

Chapitre 20. Les dispositions particulières d'admission du patient

Article 88. Les dispositions d'admission des patients majeurs

88.1 Les conditions générales d'admissions

L'admission est prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant sur avis d'un Médecin ou d'un Interne de l'établissement.

88.2 L'admission programmée

Hormis les cas d'urgence reconnus par un Médecin ou un Interne de garde, l'admission du patient au sein du Centre Hospitalier est programmée et décidée sur présentation d'un



certificat d'un Médecin traitant ou appartenant directement au service de consultation du Centre Hospitalier, attestant de la nécessité d'une prise en charge hospitalière.

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle doit être admis le patient sans indiquer l'affection qui motive l'admission.

Ce certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée du Médecin traitant ou du Médecin de consultation interne, donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour l'établissement du diagnostic et la définition du traitement et prises en charge souhaités.

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions du Centre Hospitalier.

88.3 L'admission directe (en urgences)

Si l'état de santé du patient réclame des soins urgents, le Directeur ou son représentant doit prononcer l'admission, même en l'absence de pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés au Centre Hospitalier.

Le patient est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge. Les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement par le Centre Hospitalier.

Lorsqu'un patient admis aux Urgences refuse de quitter le Centre Hospitalier après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être sur décision du Directeur et après avis médical, reconduit à la sortie du site, adressé à un organisme à caractère social, ou hospitalisé à titre exceptionnel pour une durée limitée.

Tout patient dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement signe une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé en présence de deux professionnels hospitaliers⁷.

⁷ Les dispositions relatives aux sorties contre avis médical figurent à l'article 110 du présent règlement intérieur.



88.4 Le transfert d'un patient hors du Centre Hospitalier après admission

Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant prennent toutes les mesures nécessaires pour que le patient soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis, après avoir reçu les premiers secours, et que le Médecin ou l'Interne du Centre Hospitalier constate que :

- l'état de santé du patient requiert de soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du Centre Hospitalier ;
- l'état de santé du patient requiert de moyens dont le Centre Hospitalier ne dispose pas,
- lorsque l'admission du patient, du fait du manque de place, engendre un risque certain pour le patient et pour le bon fonctionnement du service hospitalier.

En dehors des cas d'urgence, le consentement du patient est recueilli avant tout transfert provisoire ou définitif.

88.5 L'admission d'un patient au Centre Hospitalier suite à un transfert

L'admission au sein du Centre Hospitalier d'un patient transféré d'un autre établissement hospitalier, ne disposant pas des disciplines, techniques ou moyens que l'état de santé du patient requiert, est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ou du département ayant originellement en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

L'admission du patient est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement plus adapté à son état de santé.

L'admission dans ce cadre s'effectue sous réserve des places dont dispose le Centre Hospitalier à la date du transfert.

ARTICLES L. 6111-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 1112-11 À R. 1112-39 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



88.6 L'admission sur décision du Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé

En cas de refus d'admettre un patient qui remplit les conditions requises pour être admis et alors que les disponibilités en lits permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Article 89. L'admission du patient mineur

ARTICLES R. 1112-34 À R. 1112-36 ET R. 3221-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

89.1 Les dispositions générales d'admission du patient mineur

Le dossier administratif du patient mineur doit comporter l'indication de la ou des personne(s) exerçant l'autorité parentale, le droit de garde et le lieu d'hébergement habituel de l'enfant.

Les patients mineurs ne peuvent pas être admis dans les unités d'adultes dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir, à l'exception de la patiente mineure enceinte. Des dérogations peuvent néanmoins être autorisées par le Directeur ou son représentant, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs, notamment en cas de prises en charge spécialisées non pédiatriques, ou en cas de circonstances exceptionnelles (absence de places en unité pédiatrique, etc.).

Les patients mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission, hormis urgence médicale et/ou chirurgicale.

Les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge, de leurs facultés de compréhension, de leur capacité de discernement et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.



- **L'application de l'autorité parentale**

L'admission du patient mineur est prononcée, sauf cas d'urgence, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale, la tutelle ou bien représentant l'autorité judiciaire.

Lorsqu'il s'agit de soins usuels obligatoires (vaccinations), de soins usuels courants (blessures superficielles, infections bénignes) ou de soins habituels (poursuite de traitement), la demande d'admission est recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale.

Le Centre Hospitalier est présumé de bonne foi lorsqu'il est en droit de penser que celui des deux parents qui prend la décision d'hospitalisation vis à vis d'un enfant le fait en accord avec l'autre parent, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause. Lorsqu'il existe un désaccord entre les parents sur la décision d'hospitalisation et hors le cas d'urgence imposant l'intervention pour sauvegarder la santé du mineur, le Centre Hospitalier ne peut admettre l'enfant et il revient aux parents de saisir le juge des enfants ou le juge aux affaires familiales.

Lorsqu'il s'agit de soins non usuels considérés comme étant lourds, et dont les effets peuvent engager le devenir du patient mineur et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale), l'autorisation des deux parents titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation, est requise.

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

89.2 Les dispositions spécifiques d'admission du patient mineur

- **L'admission du patient mineur sans l'accord de l'autorité parentale**

Dans certaines circonstances, l'admission du patient mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.



Le mineur peut décider seul :

- s'il est émancipé et qu'il possède la capacité d'exercice de ses droits ;
- lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie à ce titre de la Complémentaire Santé Solidarité (CSS)⁸ à titre personnel ;
- en cas d'urgence des soins dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réserve de régulariser la situation le plus rapidement possible ;
- lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé ;
- lorsqu'il souhaite bénéficier d'une Interruption Volontaire de Grossesse.

- **L'admission du patient mineur relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)**

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale.

Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

- **L'admission du patient mineur étranger isolé**

Le mineur étranger doit pouvoir avoir accès aux soins, même non urgents, sans condition de durée de séjour.

Les mineurs isolés étrangers qui relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont affiliés à la sécurité sociale et bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire.

En cas d'admission d'un mineur étranger isolé, le Médecin en charge doit signaler sa situation au Conseil départemental qui appréciera la situation : âge réel du mineur, situation d'isolement et/ou danger du mineur.

⁸ Ex Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU – C).



- **L'admission du patient mineur victime de maltraitance au sein de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED)**

Un mineur victime, ou potentiellement victime de maltraitances peut être accueilli et pris en charge par l'Unité d'Accueil Pédiatrique pour Enfants en Danger (UAPED) présente au sein du Centre Hospitalier. Cette unité a pour principale mission d'évaluer et de prendre en charge l'enfance maltraitée, c'est-à-dire des enfants ayant subi des actes de violences excessifs, des sévices sexuels ou des actes de négligences physiques ou morales.

L'Unité d'Accueil Pédiatrique pour Enfants en Danger, regroupant des ressources soignantes spécialisées en santé de l'enfant et de l'adolescent, a pour mission d'offrir, dans un lieu unique et adapté, avec du personnel formé :

- un accueil du mineur victime ;
- la possibilité de soins et de protection adaptés ;
- une prise en charge globale : médico-psychologique, médico-légale et judiciaire ;
- la possibilité d'une audition dans des locaux adaptés par les services d'enquête (salle Mélanie).

Tout patient mineur peut être accueilli par le biais :

- d'une demande formulée par téléphone ;
- d'une demande spécifique d'un médecin traitant ou tout organisme extérieur;
- de l'unité des Urgences du Centre Hospitalier ;
- d'une demande de tout membre du personnel hospitalier.

- **L'admission du patient mineur en soins sans consentement**

Seul un soin sur décision du représentant de l'État (SDRE) permet l'admission d'un patient mineur en soins sans consentement.

Le mineur ne peut être admis en soins sans consentement sur décision du Directeur de l'établissement de santé à la demande de tiers ou sur décision de ses parents.

ARTICLE L. 3211-10 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **La scolarisation du mineur après l'admission**

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. Le Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier bénéficie d'une enseignante à mi-temps par convention avec l'éducation nationale. Cette enseignante dispose d'une salle de classe, et fait le lien avec les établissements scolaires de rattachement de l'enfant.

- **L'autorisation de sortie du mineur en cours d'hospitalisation**

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation⁹.

Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la Direction du Centre Hospitalier ou son représentant si le mineur peut être confié à une tierce personne majeure qu'elle a expressément autorisée. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

- **L'information du mineur et le consentement aux soins**

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information sous réserve des dispositions du Règlement Intérieur relatives à la confidentialité des soins.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

- **Le respect de la confidentialité du soin à la demande du mineur**

Le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour

⁹ Les dispositions relatives aux autorisations de sorties figurent à l'article 85 – 85.3 du présent règlement intérieur.



sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

L'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la vie sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Dans tous les cas d'urgence, même si les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

ARTICLE L. 1111-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **La sortie du mineur en fin d'hospitalisation**

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la Direction du Centre Hospitalier si le mineur peut quitter seul le Centre Hospitalier ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne majeure qu'elle a expressément autorisée.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant



que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

ARTICLE R. 1112-64 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 90. **Les dispositions spécifiques relatives à l'admission en urgence**

90.1 L'accueil et l'admission en urgence

Le Directeur du Centre Hospitalier prend toutes mesures, si l'état de santé du patient le requiert, pour que des soins urgents lui soient assurés au sein du Centre Hospitalier. Ces soins sont assurés sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur du Centre Hospitalier doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X. Les informations nécessaires à l'établissement du dossier médical du patient doivent cependant être recueillies le plus rapidement possible.

Les coordonnées de la personne à prévenir sont consignées dans le dossier. Un inventaire des effets personnels est réalisé par le personnel des urgences et les objets de valeur font l'objet d'un dépôt au coffre¹⁰.

90.2 L'admission en cas d'afflux massif de patients

En cas d'afflux massif de patients et si un patient ne peut être identifié immédiatement, l'admission peut se faire à titre provisoire et de manière anonyme, en utilisant un numéro provisoire.

L'identité des personnes admises dans le cadre d'un plan d'afflux massif de patients fera l'objet d'une information, partagée avec la Préfecture dans SI-VIC (Système d'Information

¹⁰ Les dispositions relatives au dépôt de sommes d'argent, de titres et valeurs, de moyens de règlement et d'objets de valeur figurent à l'article 85 – 85.2 du présent règlement intérieur.



pour le Suivi des Victimes). Ces données pourront être transmises au Procureur de la République pour les données de l'enquête.

Lors de ce type de situation, les professionnels du Centre Hospitalier doivent impérativement se référer au dispositif de crise permettant au Centre Hospitalier de mobiliser les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Article 91. L'admission des femmes enceintes

91.1 Les dispositions générales d'admission en maternité

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

Toutefois, en cas de saturation des capacités d'hospitalisation ou de prise en charge médicale à la maternité, la patiente pourra être transférée sur avis médical sur un autre établissement obstétrical. Ce transfert s'établit dans le cadre de l'accord de régulation en vigueur entre établissements obstétricaux.

ARTICLE R. 112-27 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

91.2 Les dispositions spécifiques d'admission des femmes enceintes

- **L'admission pour accouchement sous le secret de la grossesse ou de la naissance**

Quand, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, une femme enceinte demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du Code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Par ailleurs, la patiente est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.



La patiente est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité.

La patiente est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

La déclaration de la naissance et la signature du registre de naissance auprès de la Mairie est effectuée par le Cadre Co-gestionnaire du pôle Femme-Enfant.

ARTICLE R. 1112-28 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE L. 222-6 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

- **L'admission des femmes désirant bénéficier d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**

Les dispositions générales de l'admission une interruption volontaire de grossesse (IVG)

La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse.

La femme enceinte concernée doit être informée des deux méthodes abortives pouvant être dispensées, et a le choix d'en choisir selon les modalités temporelles suivantes :

- la méthode médicamenteuse, qui peut être réalisée jusqu' à 9 semaines d'aménorrhée ;
- la méthode chirurgicale, qui peut être réalisée jusqu'à 16 semaines d' aménorrhée.

Afin d'éclairer ce choix, la sage-femme ou le médecin délivre l'information nécessaire lors de la première consultation.

Concernant l'accompagnement de l'Interruption Volontaire de Grossesse, le jeune femme mineure doit être accompagnée d'une personne majeure, un parent qui signera un consentement ou une personne majeure de son choix.

ARTICLE L. 2212-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **La clause de conscience des professionnels de santé pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)**

Un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

ARTICLE L. 2212-8 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **Le cas de la patiente mineure admise pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)**

La patiente mineure enceinte non émancipée doit posséder une autorisation signée d'un de ses parents ou du représentant de l'autorité parentale autorisant les soins tout au long de la grossesse.

Cette autorisation devra être accompagnée de la photocopie d'une pièce d'identité officielle du parent ou du représentant de l'autorité parentale.

Le co-parent mineur doit être autorisé par un de ses parents ou du représentant de l'autorité parentale à être présent auprès de sa compagne et du nouveau-né tout au long de l'hospitalisation (jour et nuit).

ARTICLES L. 2212 À L. 2214-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 92. **Les dispositions relatives à la naissance**

92.1 La déclaration de naissance

Les naissances ayant lieu au sein du Centre Hospitalier sont déclarées à la Mairie de Carcassonne, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours ouvrés suivant l'accouchement.

Les naissances ayant lieu à l'extérieur du Centre Hospitalier avec intervention des Sapeurs-Pompiers et/ou du SAMU, sont déclarées à la Mairie du lieu de naissance, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours ouvrés suivant l'accouchement.



Le certificat d'accouchement est établi à cet effet par le Directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Dans certaines situations particulières, la Sage-Femme coordonnateur en maïeutique du pôle Femme-Enfant, ou son représentant, assure la déclaration de la naissance auprès de la Mairie et assure la signature du registre de naissance. Un exemplaire de ce document est communiqué par un professionnel du Centre Hospitalier à la Mairie du lieu la naissance. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par le Centre Hospitalier.

Un extrait de naissance est archivé dans le dossier administratif de l'enfant.

ARTICLES 55 À 59 DU CODE CIVIL

92.2 La déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale

Les règles de l'état civil diffèrent selon la situation de l'enfant lors de la naissance.

Dans la situation où l'enfant décédé est né vivant et viable, l'Officier de l'état civil, sur présentation d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant le jour et l'heure de la naissance et le jour et l'heure du décès, établit un acte de naissance et un acte de décès.

Dans la situation où l'enfant est né sans vie, l'Officier de l'état civil, sur présentation, d'un certificat médical d'accouchement mentionnant l'heure, le jour et le lieu de l'accouchement, établi par le médecin ou la sage-femme, établit un acte d'enfant sans vie si l'enfant est mort-né ou si l'enfant est né vivant mais non viable et décédé avant la déclaration de naissance.

ARTICLE R. 1112-72 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE 79-1 DU CODE CIVIL



Article 93. L'admission du patient majeur protégé

93.1 L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice

- **L'admission du patient majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice hors urgences**

L'admission est prononcée à la demande du majeur protégé.

Aucune autorisation du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du Juge du contentieux et de la protection ne sont requis.

S'agissant d'une personne sous curatelle, il est toutefois conseillé avec son accord de la recevoir en présence du curateur pour mieux l'informer de sa situation, mais aussi pour éclairer le médecin de la portée du consentement donné par le patient sous curatelle. Le curateur pourra être destinataire de l'information médicale uniquement avec l'accord du patient sous curatelle.

- **L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en situation d'urgence**

Le médecin peut passer outre l'avis du majeur protégé, pour admettre ce dernier en urgence. Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril.

L'urgence est appréciée par le médecin.

- **L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en refus de soins**

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

ARTICLES L. 111-2 ET L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 4127-42 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



93.2 L'admission du majeur protégé sous tutelle

- **L'admission du majeur protégé sous tutelle hors urgence**

L'admission d'un majeur protégé sous tutelle est prononcée à la demande de son tuteur. Le majeur protégé est toutefois en droit d'être associé à la décision d'une manière adaptée à son discernement. Son consentement à l'hospitalisation doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté, le cas échéant avec l'assistance de son tuteur.

Si le majeur protégé n'est pas apte à exprimer sa volonté le tuteur donne son autorisation en tenant compte de la volonté de la personne sous tutelle.

Dans la mesure où son état le lui permet, la personne sous tutelle participe, après avoir été informée par le médecin, à la prise de décision relative à sa santé. Lorsque la tutelle prévoit la protection relative à la personne toute information médicale doit être transmise non seulement au majeur protégé mais également à son tuteur dès l'admission et tout au long du parcours de soin.

- **L'admission du majeur protégé sous tutelle en situation d'urgence**

Le médecin peut passer outre l'avis du tuteur (ou en cas d'absence de réponse de celui-ci) pour admettre le majeur protégé en urgence.

Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

- **L'admission du majeur protégé sous tutelle en refus de soins**

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.



Article 94. **L'admission d'un patient en situation de handicap**

94.1 Les dispositions générales de l'admission d'un patient en situation de handicap

Le Centre Hospitalier s'engage à prendre en charge les patients en situation de handicap, quel que soit le type de handicap, en permettant en accueil facilité : organisation du parcours en amont, aménagement de l'hôpital, reconnaissance de la place de l'aidant.

Le Centre Hospitalier dispose d'une charte handicap, relative à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Annexe 6 : Charte Romain Jacob

94.2 L'admission d'un patient malvoyant ou malentendant

Le Centre Hospitalier veille à accompagner au mieux les patients malvoyants qui bénéficient d'un chien-guide ou d'un autre animal thérapeutique dans le cadre de l'admission.

Si la personne malvoyante est guidée par un chien ou un autre animal thérapeutique, ce dernier peut pénétrer dans les lieux ouverts au public. L'animal ne doit pas s'approcher des patients. En cas d'hospitalisation, l'animal doit être remis à un proche du patient. À défaut, le chien pourra être confié à la garde d'un chenil.

Pour favoriser l'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes, une Infirmière formée en langue des signes peut intervenir sur sollicitation des professionnels hospitaliers.

Pour favoriser les déplacements des patients malvoyants et à mobilité réduite, le Centre Hospitalier dispose d'une signalétique adaptée.

Article 95. **L'admission du patient dépendant d'une instance gouvernementale**

95.1 L'admission du patient militaire

Les militaires sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur demande de l'autorité militaire compétente. Si le Directeur du Centre Hospitalier est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.



Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche.

Les frais de consultation et d'hospitalisation du patient militaire sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie militaire (CNMSS militaire).

95.2 L'admission du patient exerçant en tant que gendarme, policier ou dans le secteur pénitentiaire

L'autorité hiérarchique d'un gendarme, d'un policier ou d'un personnel pénitentiaire, blessé dans l'exercice de ses fonctions et pris en charge par le Centre Hospitalier, est avisée sans délai de l'admission de son fonctionnaire par le Directeur du Centre Hospitalier.

Sans aucun délai, en présence du Cadre de santé du service ou de garde, le professionnel du service de sûreté récupère et dépose l'arme de service au coffre dédié présent au bureau des entrées et renseigne le registre de conservation des armes de catégorie D et substances illicites.

Les frais de consultation et d'hospitalisation sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie militaire (CNMSS militaire) pour les patients exerçants en tant que gendarme, et par le MPG par les patients exerçants en tant que policier.

Le personnel pénitentiaire est affilié au régime des fonctionnaires.

95.3 L'admission du patient bénéficiaire de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration du Centre Hospitalier pendant la durée de leur hospitalisation.

Les frais de consultation et d'hospitalisation sont pris en charge par la caisse d'assurance maladie militaire (CNMSS militaire) pour les militaires en activité.



Article 96. **L'admission du patient étranger**

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

Les frais d'admission d'un patient étranger sont couverts pour les résidents européens par la carte européenne d'assurance maladie ou par une assurance privée pour les résidents hors union européenne. Dans le cas où le patient n'est pas couvert par une assurance, il sera redevable des frais de consultation ou d'hospitalisation.

Pour favoriser l'accès aux soins des patients étrangers, un annuaire du personnel parlant des langues étrangères est disponible sur Sésame.

Article 97. **L'admission du patient souffrant d'addictologie**

Les patients présentant une addictologie sont pris en charge au sein de Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Il prend en charge toute personne qui s'interroge sur sa consommation de tabac, d'alcool de cannabis, cocaïne, jeux, écrans ou bien sur celle d'un proche que ce soit dans le but de s'informer, de réduire ou d'arrêter. Il propose également des consultations aux jeunes consommateurs à leurs proches.

Les frais de prise en charge sont couverts par l'assurance maladie. Dans le cas où le patient n'est pas couvert par une assurance, il sera redevable des frais de consultation ou d'hospitalisation.

Article 98. **L'admission d'une personne victime de violences conjugales**

Le Centre Hospitalier est pleinement engagé dans la lutte contre les violences conjugales, en lien avec les autorités judiciaires et les associations d'aides aux victimes.

Les victimes de violences conjugales ont la possibilité de déposer une pré-plainte au Centre Hospitalier à l'encontre de leur agresseur lors de leur prise en charge dans les services d'urgences ou du service de médecine légale.

Lorsqu'elles arrivent dans ces services, un formulaire de pré-plainte leur est remis. Le cadre de santé du service peut les aider dans le remplissage de ce formulaire, et le transmet par



voie numérique aux forces de l'ordre. Un accompagnement des victimes de violences conjugales peut être proposé par le Centre Hospitalier en partenariat avec des associations d'aides aux victimes de violences conjugales. À ce titre, le Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier de Carcassonne est doté d'une Maison des Femmes¹¹. La Maison des Femmes est un lieu d'accueil, d'écoute, et d'accompagnement médical, psychologique, juridique, administratif pour les femmes victimes de violences. Elle propose également un espace sécurisé pour les enfants et intervient dans les domaines de la prévention, de l'éducation et de la santé publique.

La mission de la Maison des Femmes est triple :

- assurer une prise en charge sanitaire spécifique à destination des femmes victimes de violences ;
- contribuer à l'animation et au soutien des professionnels de santé du territoire, notamment par la formation, pour assurer le repérage et la prise en charge sanitaire adaptée de ces situations et en appui du rôle global des Agences Régionale de Santé en matière d'animation des acteurs de santé de leur territoire ;
- développer in situ la possibilité d'un dépôt de plainte pour faciliter les démarches des femmes victimes de violences.

Article 99. **L'admission d'un patient ayant la qualité d'évacué sanitaire**

Des patients non-résidents en France peuvent être admis au sein du Centre Hospitalier dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Ces décisions sont généralement suivies d'instruction sur la prise en charge des soins. Ces prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État.

Article 100. **L'admission d'un patient blessé par arme**

Il revient au Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, d'apprécier, autant que possible avec l'équipe médicale et soignante, la situation et les circonstances de la situation, puis de prendre avec discernement et en conscience les décisions qui lui paraissent

¹¹ Le projet de la « Maison des femmes » est en cours de construction au moment de la publication de ce Règlement Intérieur (Juin 2025).



s'imposer. Il ne peut notamment y avoir de déclaration systématique aux services de police de l'admission des blessés par arme à feu ou arme blanche.

Lorsque les praticiens hospitaliers extraient un projectile du corps d'un patient (balles, lames de couteaux, etc.), ils doivent prendre les mesures conservatoires appropriées permettant les examens utiles aux autorités judiciaires si elles étaient saisies.

Un compte-rendu opératoire particulier doit être rédigé et mentionne obligatoirement :

- la localisation des projectiles ;
- la nature des lésions constatées.

Article 101. **L'admission du patient après une tentative de suicide**

S'il existe un doute sur l'origine des lésions constatées, incompatibles avec la thèse d'une tentative de suicide, un signalement peut être adressé au Procureur de la République, que la personne soit ou non consciente, et quelle que soit la version des faits, dès lors que la loi autorise la révélation du secret professionnel (présomptions de sévices sur un mineur ou sur une personne vulnérable ou présomptions de crime sur une autre personne, telle que tentative de meurtre).

Le décès d'un patient hospitalisé après une tentative de suicide est une mort soulevant un obstacle médico-légal à l'inhumation qui justifie l'ouverture d'une enquête judiciaire.

Article 102. **L'admission du patient amené par les forces de l'ordre en état d'ivresse**

Les services de police sont tenus d'amener au Centre Hospitalier les personnes trouvées en état d'ivresse sur la voie publique.

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de Police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe au Centre Hospitalier de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces autorités.

Dans le cadre d'une procédure pénale, le Centre Hospitalier est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission



ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. Les services de police ont l'obligation légale d'obtenir un certificat de non hospitalisation (CNH). La constatation de l'alcoolémie permet de caractériser l'infraction. Cette constatation doit donc se faire dans le délai le plus bref afin d'éviter une modification du taux d'alcool dans le temps.

À la suite de cet examen, la personne est soit hospitalisée, soit remise au service de police ou de gendarmerie qui l'a conduite au Centre Hospitalier. Dans ce cas, un certificat de non hospitalisation est délivré par le Médecin de garde ou l'Interne.

En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée au Centre Hospitalier. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services.

Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure relative aux refus de soins. Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant doit, au cas où la personne alcoolisée est présumée dangereuse, signaler aux autorités sans délais la situation.

La prise en charge des personnes en état d'ivresse manifeste sur la voie publique constitue une mesure de service public ne donnant pas lieu à l'établissement d'un mémoire de frais.

ARTICLE L. 3813-47 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 3341-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 103. **L'admission du patient réalisant une grève de la faim**

La prise en charge des patients placées dans cette situation varie selon leur statut juridique.

La grève de la faim est une liberté individuelle exprimée par l'article 5 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et renforcée par les dispositions de l'article 16-3 du Code civil selon lesquelles « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique et avec le consentement de l'intéressé hors le cas où son état rend nécessaire une intervention à laquelle il n'est pas à même de consentir ».



La grève de la faim est définie comme un jeûne prolongé, volontaire et total, réalisé par une personne en capacité de décider pour elle-même et à exprimer son consentement. La prise uniquement d'eau, le rajout de sels minéraux ou de sucre est possible.

Dans toutes situations de grève de la faim, il convient de se référer aux règles éthiques et déontologiques.

103.1 Le patient est en capacité de décider

Lorsque le patient se déclarant en grève de la faim est en capacité de décider et qu'il est apte à exprimer une volonté ou un consentement éclairé, le médecin se trouve confronté à un conflit d'éthique partagé entre le devoir d'assistance à personne en danger et le respect du libre choix de l'individu.

Le respect de la déontologie médicale et des textes fondamentaux des droits de l'individu impose un strict respect de la volonté de la personne. Dans ce cas, il ne peut être procédé à une alimentation forcée.

Le patient doit bénéficier d'un entretien médical certifiant de sa capacité à décider et à exprimer une volonté ou un consentement, et lui permettant de disposer de l'ensemble des informations relatives à sa décision.

103.2 Le patient n'est pas en capacité de décider

Lorsque le patient n'est pas en capacité de décider pour lui-même et qu'il n'est pas apte à exprimer une volonté ou un consentement éclairé, l'équipe médicale doit prendre les mesures nécessaires dans l'intérêt du patient.

Le patient doit bénéficier d'un entretien médical certifiant qu'il n'est pas en capacité de décider pour lui-même et d'exprimer une volonté ou un consentement. Cet entretien permet également d'informer le patient de l'ensemble des informations relatives à sa décision.



103.3 Le patient est détenu ou gardé à vue

Lorsque le patient détenu ou gardé à vue déclare une grève de la faim, il est régi par l'article D. 364 du Code de procédure pénale précisant que si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales.

Le patient détenu ou gardé à vue doit bénéficier d'un entretien médical certifiant de sa capacité à décider et à exprimer une volonté ou un consentement, et lui permettant de disposer de l'ensemble des informations relatives à sa décision.

ARTICLE D. 364 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

Article 104. L'admission des personnes détenues ou en garde à vue

104.1 L'admission du patient en situation de détention

La prise en charge des patients détenus s'effectue dans le cadre d'une convention entre le Centre Hospitalier et la Maison d'arrêt de Carcassonne.

- **Les dispositions générales d'admission du patient détenu**

Le Centre Hospitalier est chargé de dispenser au sein de l'Unité Sanitaire de la Maison d'Arrêt de Carcassonne les soins aux personnes détenues. Dans ce cadre, il lui revient d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, des consultations spécialisées, de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé et de mettre en place une permanence de soins.

La Maison d'Arrêt de Carcassonne prend toutes mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes à l'occasion de ces consultations conformément aux dispositions du code de procédure pénale. Il peut être requis, soit à la demande de l'équipe de l'Unité Sanitaire, soit à la demande de l'Administration Pénitentiaire, la présence d'un surveillant si nécessaire dans les locaux de l'Unité Sanitaire pendant les soins, et ce en conservant le respect du secret médical.

R. 6111-27 À R. 6111-40 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



- **L'admission pour hospitalisation du patient détenu**

Le Centre Hospitalier dispose d'une chambre sécurisée entièrement dédiée à la prise en charge des patients détenus.

La garde du patient détenu est assurée obligatoirement et exclusivement par des agents de Police, des agents de l'administration pénitentiaire ou de gendarmerie en tenue. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

Les détenus peuvent être soumis au port des menottes, ou des entraves par mesure de sécurité (contre actes agressifs et les évasions) lorsque les circonstances l'exigent. Les contraintes physiques (entraves, menottes) peuvent être enlevées après un entretien et l'accord du personnel de surveillance si le médecin l'estime nécessaire sur un plan exclusivement médical.

Par exception, le détenu peut être pris en charge par les services d'urgences ou de réanimation, quand il requiert des soins de réanimations, des soins intensifs ou une surveillance particulière au regard de son état de santé. Dès que son état de santé le permet, il sera transféré dans la chambre sécurisée dédiée. La surveillance demeure également assurée obligatoirement et exclusivement par des agents de Police, des agents de l'administration pénitentiaire ou de gendarmerie en tenue.

La responsabilité et le suivi médical du patient détenu sont assurés par le médecin de spécialité.

- **L'admission du patient en situation de garde à vue**

L'admission des patients gardés à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

ARTICLE D. 6124-23 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



104.2 Les auditions par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement. En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit.

Cet avis est immédiatement transmis au Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant.

ARTICLE 63-1 À 63-3 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

ARTICLE D. 15-5-2 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

Article 105. L'admission des patients en soins psychiatriques

Le Centre Hospitalier ne dispose pas d'unité dédiée à la prise en charge de patients nécessitant des soins psychiatriques.

Les soins psychiatriques sont assurés par le personnel médical et infirmier du Centre Hospitalier Spécialisé de l'Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention (USSAP), sur des lits portes dédiés au sein du Service des Urgences du Centre Hospitalier.

Ces prises en soins ont pour objectif :

- de prendre en charge des situations d'urgence psychiatrique ;
- de détecter et d'évaluer les troubles psychiatriques, y compris dans les pathologies mixtes ;
- d'initier précocement un traitement médical adapté ;
- de réaliser une admission en service d'hospitalisation en psychiatrie, si nécessaire, dans les meilleures conditions possibles et le cas échéant en soins sans consentement si la situation l'exige ;
- d'orienter et d'informer les patients et leurs familles en ce qui concerne le parcours de soins en psychiatrie ;
- de réaliser un travail de liaison et d'informations en fonction des problèmes rencontrés, auprès des services de l'Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention (USSAP) et des partenaires du réseau sanitaire et médico-social de l'Aude.



Tout patient accueilli au Service des Urgences et nécessitant une consultation en psychiatrie bénéficie d'un entretien médical avec le médecin urgentiste.

Sur site, le patient est reçu par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) qui caractérise la demande de soins du patient puis par le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) pour une évaluation somatique. L'infirmier de l'Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention (USSAP) peut être sollicité pour une évaluation psychiatrique réalisée au cours d'un entretien infirmier, et faire appel au psychiatre affecté aux soins psychiatriques ou au psychiatre d'astreinte de l'Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention (USSAP), si une évaluation médicale s'avère nécessaire.

La durée de la prise en soins aux Urgences sur les lits dédiés aux soins psychiatriques ne peut excéder 48h.

Si la situation le nécessite, une orientation et un transfert vers un établissement de santé autorisé à exercer une activité de soins de psychiatrie en tenant compte du secteur psychiatrique correspondant au lieu d'habitation du patient et de son choix, seront proposés et organisés selon les modalités de soins psychiatriques prévues par la réglementation en vigueur.

ARTICLES L. 3211-1 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 106. **Les dispositions particulières relatives à l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD)**

Le Centre Hospitalier dispose d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) au sein de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes des Rives d'Odes (EHPAD RDO).

L'ensemble des dispositions relatives aux patients sont également applicables aux patients admis dans les unités de soins de longue durée mais les besoins particuliers de ces patients rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour.

ARTICLE L. 6111-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



106.1 Le 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 ou la personne de confiance, 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 ;
- les montants des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge par les organismes de protection sociale et les collectivités départementale.

106.2 Les modalités d'admission et d'accueil du patient en Unité de Soins de Longue Durée (USLD)

Le Centre Hospitalier 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 contrat de séjour.

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 leurs coûts.

L'accueil du patient est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions. Le Centre Hospitalier 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.

106.3 Les frais de séjour

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes des Rives d'Ode (EHPAD RDO) est soumis aux règles du Code de l'action sociale et des familles relatives aux Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et Établissement d'Hébergement pour Personnes



Âgées Dépendantes rattachés à un établissement public de santé et à celles de la comptabilité publique hospitalière.

Il est habilité à recevoir des résidents admis à l'aide sociale pour lesquels les tarifs afférents à l'hébergement sont arrêtés par le Président du Conseil Départemental. Concernant les résidents non admis à l'aide sociale, les tarifs sont arrêtés par le Directeur du Centre Hospitalier.

106.4 La dotation de soins

- **Le tarif dépendance**

Les charges induites par le niveau de dépendance du résident comprennent :

- les fournitures pour l'incontinence ;
- concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;
- les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- concurremment avec les produits relatifs aux soins, les charges de personnels afférentes aux aides- soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux ;
- les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Trois tarifs sont arrêtés annuellement par le Président du Conseil Départemental de la Haute-Garonne par niveau de dépendance définis en Groupe Iso-Ressources (GIR) : GIR 1-2, GIR 3-4, GIR 5-6.

Le niveau de dépendance est évalué par le médecin de l'unité, pour chaque résident, après son entrée, puis une fois par an. Ce classement déterminera le tarif qui lui sera appliqué et sera à sa charge.

Pour les personnes de plus de 60 ans, classées dans un niveau de dépendance de 1 à 4, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) peut être demandée auprès du Président du Conseil Départemental du département de situation de son domicile avant son entrée.



Si l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est accordée, le résident ou son représentant s'engage à ce qu'elle soit versée directement à l'établissement.

- **Le tarif hébergement**

Le tarif hébergement comprend :

- les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
- concurremment avec les produits relatifs à la dépendance, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;
- les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
- les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
- les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
- les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles.

Le tarif hébergement ne comprend pas les frais de coiffure, d'esthétique, de produits d'hygiène, de pédicurie et de vêtements qui restent à la charge du résident.

Le tarif hébergement est acquitté par le résident ou sa famille, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale.

En cas de non-paiement par le résident ou sa famille du tarif hébergement, le Centre Hospitalier se réserve le droit de mettre en œuvre l'obligation alimentaire.

106.5 Les informations des personnes sur les conditions financières d'hébergement

Les patients et/ou leurs familles et/ou la personne de confiance doivent être informés préalablement à l'admission des conditions financières d'hébergement. Cette information doit contenir :

- les conditions financières de prise en charge ;
- les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence du patient (en cas d'hospitalisation ou pour convenance personnelle) ;
- les modalités d'obtention de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ;
- les clauses de résiliation du contrat de séjour.



106.6 Le projet personnalisé

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

L'établissement met en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en compte de l'état global du patient. 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'hôpital est un élément essentiel dans leur prise en charge. Toutes les initiatives tenant 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 à l'hôpital. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et venir. Ces initiatives sont coordonnées par l'établissement et s'articulent avec le projet de soins.

106.7 La relation avec les proches

La coopération des proches à la qualité de la vie au sein de l'établissement doit être encouragée et facilitée. Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du patient : présence la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas, permission de sortie.

106.8 Le domicile du patient en Unité de Soins de Longue Durée (USLD)

La chambre des patients est considérée comme leur domicile.

Les patients sont tenus de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat est remise à l'établissement.

Le résident peut apporter des petits éléments de mobilier dans les limites de l'espace restant à sa disposition dans la chambre et des nécessités de service, après validation de l'encadrement de l'Unité.



Chapitre 21. La sortie du patient

Article 107. **Les compétences du Directeur du Centre Hospitalier**

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins, sa sortie est prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée. Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient. Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas¹².

Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

Article 108. **Les modalités de sortie**

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le Centre Hospitalier tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département. Le praticien qui a adressé le patient au Centre Hospitalier en vue de son hospitalisation et le

¹² Les dispositions relatives aux transferts des patients vers un autre établissement figurent à l'article 88 – 88.4 du présent règlement intérieur.



médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée le médecin du Centre Hospitalier en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Tout patient reçoit, lors de son admission, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration du Centre Hospitalier sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les autorités sanitaires.

Article 109. **La sortie du nouveau-né**

L'enfant quitte le Centre Hospitalier en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

Le Centre Hospitalier est adhérent au Réseau de Santé de périnatalité Occitanie (RPO). Ce réseau exerce des missions dans le champ de la santé périnatale en amont et en aval de la naissance. Il coordonne non seulement les professionnels de la périnatalité issus de tous les modes d'exercices (public, privé, libérale, PMI) autour d'actions d'organisation et de santé publique ; mais aussi le suivi des enfants vulnérables, grands prématurés ou enfants nés à terme et ayant présenté des troubles à la naissance en assurant la cohérence de ces prises en charge spécifiques.

La description des actions du RPO est disponible via le lien suivant : <https://www.perinatalite-occitanie.fr>



Article 110. **La sortie contre avis médical**

Les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre Hospitalier.

Par exception, cette disposition n'est pas applicable aux patients suivants :

- les patients mineurs ;
- les patients admis en soins sans consentement ;
- les patients sous mesure de protection judiciaire (tutelle, curatelle, etc) ;
- les patients gardés à vue ou faisant l'objet d'une audition judiciaire ;
- les patients détenus.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues¹³. Dans ce cas, il est demandé au patient de signer une décharge consignant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires¹⁴.

Les modalités de la sortie du patient sont consignées dans le dossier médical, et une information au Directeur du Centre Hospitalier ou à son représentant est immédiatement réalisée.

ARTICLE R. 1112-62 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

¹³ Les dispositions relatives aux refus de soins des patients figurent à l'article 64 du présent règlement intérieur.

¹⁴ Les dispositions relatives aux sorties du patient mineur figurent à l'article 89 – 89.2 du présent règlement intérieur.



Article 111. **La sortie à l'insu de l'établissement**

La sortie à l'insu de l'établissement s'entend pour les patients qui soit ne reviennent pas à l'issue d'une permission de sortie, soit qui ont quitté l'établissement à l'insu du service.

Au cas où un patient quitte le Centre Hospitalier sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins dans laquelle il est accueilli, de l'ensemble de l'établissement et de ses abords immédiats.

Si les recherches restent infructueuses et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, patient vulnérable), le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant prévient sans délais le commissariat de police et informe la famille ou le représentant légal du patient.

Dans tous les cas, le médecin responsable du patient adresse un courrier au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant.

Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où le patient a quitté le Centre Hospitalier, à minuit.

Article 112. **La sortie par mesure disciplinaire**

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le Directeur du Centre Hospitalier peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale. Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

ARTICLE R. 1112-65 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Chapitre 22. Les dispositions relatives au décès

Article 113. **L'attitude à suivre à l'approche du décès**

Lorsque l'état général du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, le représentant légal et/ou la personne référente du patient doivent être prévenus sans délai par un professionnel hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état général.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même, son représentant légal et/ou sa personne référente ou de confiance du patient en expriment le désir. Dans ce cas, le Centre Hospitalier se doit de mettre tout en œuvre pour que les soins d'hygiène et de comforts indispensables à la personne en fin de vie soient dispensés à son domicile.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, le patient est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins adaptée à son état général et permettant notamment de dispenser les soins dont il doit bénéficier dans l'accompagnement de sa fin de vie.

Quel que soit le lieu d'accompagnement du patient, les professionnels hospitaliers doivent s'assurer que les souhaits présents dans les directives anticipées du patient sont respectés concernant son accompagnement en fin de vie, y compris ceux relatifs à ses pratiques, croyances et rites religieux et mortuaires. Si le patient n'a pas rédigé ses directives anticipées, les professionnels hospitaliers se renseignent auprès de son représentant légal, de sa personne référente et/ou de personne de confiance pour disposer de directives particulières ayant été portées à leur connaissance.

La famille et les proches du patient peuvent demeurer auprès lui et l'assister dans ses derniers instants. Cette présence reste limitée à un nombre adapté à la situation du patient et afin de ne pas troubler le bon fonctionnement de l'accompagnement du patient.

La famille et les proches peuvent prendre leurs repas au Centre Hospitalier et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le Centre Hospitalier d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le Centre Hospitalier sont à la charge des personnes qui en bénéficient.



Article 114. **L'annonce du décès**

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du Centre Hospitalier. Cette constatation effectuée, le représentant légal et/ou la personne référente du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens (en tenant compte notamment de la personne à prévenir identifiée dans le dossier du patient, le cas échéant, ou de la personne de confiance).

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 militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au Président du Conseil Départemental ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au Directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Article 115. **Les formalités entourant le décès**

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

- procède à la toilette mortuaire du patient décédé avec toutes les précautions convenables, selon le mode opératoire spécifique du Règlement Intérieur de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier et dans le respect des directives anticipées du patient ou bien des informations délivrées par la famille ou les proches ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient¹⁵ ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

¹⁵ Les dispositions relatives aux objets abandonnés ou déposés par le défunt figurent à l'article 119 du présent règlement intérieur.



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

- une fiche d'identification destinée à la direction du Centre Hospitalier et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « Le décès paraît réel et constant » ;
- un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la Mairie dans les 24 heures – en privilégiant nécessairement la transmission du certificat par voie dématérialisée (électronique).

Le professionnel hospitalier du bureau de l'état civil du Centre Hospitalier doit annoter pour sa part :

- le registre des décès du Centre Hospitalier ;
- le registre de suivi des corps ;
- à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune (à noter qu'il est possible que l'enregistrement se fasse informatiquement, avec la procédure de transmission du certificat de décès par voie dématérialisée).

Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit également s'assurer au préalable de son retrait.

Article 116. **Les indices de mort violente ou suspecte**

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant prévenu par le médecin responsable de la structure médicales concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

ARTICLE R. 1112-73 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 117. **Les modalités relatives au transport et à la chambre funéraire**

117.1 **Le dépôt des corps à la chambre mortuaire**

Quand les circonstances le permettent, la famille et les proches peuvent demeurer auprès du défunt dans sa chambre d'hospitalisation avant que le corps ne soit déposé en chambre mortuaire. Ce transfert s'effectue au plus tôt après la réalisation du certificat de décès.



Le défunt peut ensuite être transféré hors du Centre Hospitalier¹⁶, et avec les autorisations prévues par la loi. Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert en chambre mortuaire, elle se déroule dans une des deux salles spécialement aménagées à cet effet.

Avant toute présentation, les professionnels hospitaliers doivent s'assurer que les souhaits du défunt soient respectés, y compris ceux relatifs à ses pratiques, croyances et rites religieux et mortuaires relatifs à la présentation du corps et à la mise en bière.

La chambre mortuaire est régie par une procédure de fonctionnement spécifique règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public. Un livret d'information destiné aux familles décrit les modalités de fonctionnement de la chambre mortuaire et les formalités à réaliser.

Le dépôt, la housse suaire, et le séjour à la chambre mortuaire du Centre Hospitalier sont, au-delà des 3 premiers jours, facturables par le Centre Hospitalier, de même que l'utilisation de la salle pour les soins. Les tarifs sont affichés dans les locaux accessibles au public.

La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté.

Les éléments de fonctionnement relatifs de la chambre mortuaire sont disponibles dans son règlement intérieur.

ARTICLE R. 2223-89 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

117.2 Le transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Ce délai peut être porté à 72h sur demande du médecin qui établit le certificat de décès.

Une déclaration écrite préalable doit être effectuée par l'opérateur funéraire, par tout moyen, auprès du maire du lieu de décès et transmise à la chambre mortuaire du Centre Hospitalier.

¹⁶ Les dispositions relatives aux modalités relatives au transport et à la chambre funéraire figurent à l'article 117 du présent règlement intérieur.



Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

Le transport du corps pourra être réalisé après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès :

- demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté ☐ du ministre de la santé ;
- accord écrit du médecin responsable du service où a eu lieu le décès.

Le médecin qui rédige le certificat de décès peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport
- le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires spécifiques particulières et visées par arrêté ministériel.

Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le Directeur du Centre Hospitalier de son opposition.

117.3 La mise en bière et le transport après la mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du défunt est mis en bière.

Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

La mise en bière peut être obligatoire avant tout transport, dans le cas d'infections transmissibles mentionnées dans l'article 2 de l'arrêté du 12/07/2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires, fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de



certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales. Dans ce cas le médecin le précise sur le certificat de décès.

ARTICLE R. 2213-2-1 DU CODE GÉNÉRAL DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Article 118. **Les modalités relatives aux opérations funéraires**

118.1 Les opérations funéraires

Le Centre Hospitalier tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et des établissements habilités à fournir les prestations du service opérateurs funéraires. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Les modalités de l'accès des familles et des professionnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités sont précisées dans la procédure interne de fonctionnement de la chambre mortuaire.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le Centre Hospitalier fait procéder à l'inhumation. Le Centre Hospitalier peut appliquer les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

118.2 Le libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du Centre Hospitalier.

Il est également strictement interdit aux professionnels hospitaliers, qui, dans le cadre de l'exercice de leur fonction, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.



118.3 La liberté des funérailles, dispositions testamentaires

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

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée. Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du Centre Hospitalier afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au Centre Hospitalier, au profit d'une structure médicale de leur choix ou au fonds de dotation « Les Portes de la Cité », fonds de mécénat du Centre Hospitalier. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse du Centre Hospitalier et des structures médicales bénéficiaires, du fonds de dotation « Les Portes de la Cité », ou de toute autre condition émise par les patients, le Centre Hospitalier respectera scrupuleusement leurs volontés.

Conformément à l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et professionnels hospitaliers ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du Centre Hospitalier. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie. En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

ARTICLE 909 DU CODE CIVIL



118.4 Les opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, le Centre Hospitalier dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours et de deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le professionnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le Centre Hospitalier est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Article 119. Les objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux professionnels dont un Cadre infirmier ou un Infirmier. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque unité de soins. Les objets sont remis au régisseur qui se rapprochera des éventuels héritiers du défunt, et le cas échéant, de la trésorerie hospitalière pour les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières ainsi que les objets de valeur encore en dépôt un an après le décès. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par les professionnels des services de soins.

Lorsque les personnes décédées au sein du Centre Hospitalier y ont été prises en charge et accompagnées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit au Centre Hospitalier. Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune



réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la trésorerie hospitalière s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers de valeurs, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du Centre Hospitalier.

Les actes sous seing privé en possession des patients hospitalisés qui constatent des créances ou des dettes (reconnaissance de dette, acte de propriété, document d'hypothèque, etc.) étant remis au coffre, sont conservés par le Centre Hospitalier, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après la sortie ou le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers. Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins avant la remise des objets détenus par le Centre Hospitalier au service des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

Article 120. Le don du corps aux établissement d'hospitalisation, d'enseignement et de recherche

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

L'établissement d'enseignement peut toujours refuser le don d'un corps s'il n'en a pas l'utilisation. Il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Celle-ci en est informée par les agents de la chambre mortuaire du Centre Hospitalier.

Un corps ayant fait l'objet d'une procédure médico-judiciaire ne peut faire l'objet d'un don à la science.



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

Les frais de transport du corps, du Centre Hospitalier vers l'établissement d'enseignement, est à la charge de ce dernier. Il assure également, à ses frais, l'inhumation ou la crémation du corps.

ARTICLES L1261-1 ET R.1261-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



PARTIE 6.

Les dispositions relatives aux professionnels



Chapitre 23. Les principes généraux liés au service public et au respect des usagers

Le bon fonctionnement du service public hospitalier et le respect des patients imposent à l'ensemble des professionnels, quel que soit leur statut, le respect d'un certain nombre de principes.

Le non-respect de l'ensemble de ces principes est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Les dispositions relatives aux professionnels s'appliquent à l'ensemble des agents du Centre Hospitalier : Fonctionnaires, agents contractuels de droit public, agents contractuels de droit privé, professionnels médicaux (praticiens hospitaliers, praticiens libéraux, etc.), internes et étudiants en médecine, stagiaires.

Article 121. **Le principe de continuité**

Le principe de continuité repose sur la nécessité de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.

Le Centre Hospitalier assure la permanence des soins ainsi que la permanence de l'accueil des patients et de leur prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le bon fonctionnement du Centre Hospitalier repose notamment sur l'assiduité et la ponctualité de l'ensemble des professionnels, qui conditionne l'organisation et la qualité de la prise en charge des patients, notamment grâce au respect des horaires et à une bonne synchronisation des temps médicaux et soignants.

La gestion prévisionnelle des congés revêt également une importance particulière.

Toutefois, ce principe de continuité doit s'accommoder avec celui du principe, à valeur constitutionnelle également, du droit de grève.

ARTICLE L. 6112-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES R. 6152-26, R. 6152-31 ET R. 6152-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 122. **Le principe de neutralité du service public**

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. L'obligation de neutralité impose que le comportement, les actes ou les décisions des fonctionnaires et agents publics soient dictés uniquement par l'intérêt du service public, et non par des convictions politiques, philosophiques ou religieuses personnelles.

Le professionnel doit traiter de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité.

Chaque professionnel exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité, dans le respect du principe de laïcité. À ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses.

Il appartient à tout responsable de veiller au respect de ces principes dans les services placés sous son autorité.

En particulier, le principe de laïcité du service public fait obstacle à ce que les professionnels manifestent dans l'exercice de leurs fonctions leurs croyances religieuses, notamment par un signe ou un port vestimentaire ostensible, destiné à marquer leur appartenance à une religion.

Il interdit également toute forme de prosélytisme.

Le principe de laïcité, visant à protéger les usagers du service public de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, s'impose à tous les professionnels du Centre Hospitalier.

Conformément au principe de laïcité, le port du voile est interdit pour l'ensemble des professionnels.

Le port de dispositifs couvrant la tête (tels que les charlottes) est réservé aux zones nécessitant des mesures d'hygiène spécifiques, comme par exemple les blocs opératoires.

Le fait, pour un professionnel du service public, de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.

Il appartient au Directeur du Centre Hospitalier de faire respecter les principes d'égalité, de neutralité et de laïcité par le professionnel et, en cas de manquement à ces obligations, de prendre les mesures disciplinaires nécessaires.



ARTICLE L. 6112-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ARTICLES R.6152-26, R.6152-31 ET R.6152-35 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLE 10 DE LA DÉCLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DE 1789 ARTICLE 11 DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ARTICLE 9 DE LA CONVENTION DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTÉS FONDAMENTALES

ARTICLE L. 6143-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE À LA CHARTE DE LA LAÏCITÉ DANS LES SERVICES PUBLICS CIRCULAIRE DHOS/G N° 2005-57 DU 2 FÉVRIER 2005 RELATIVE À LA LAÏCITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

GUIDE DE L'OBSERVATOIRE DE LA LAÏCITÉ DU 23 FÉVRIER 2016 SUR LA LAÏCITÉ ET LA GESTION DU FAIT RELIGIEUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ CONSEIL D'ÉTAT, AVIS, 3 MAI 2000 MLE MARTEAUX, REQUÊTE N° 217017

Article 123. **Le devoir général de réserve, le respect de la liberté de conscience et d'opinion, le devoir de neutralité**

Tout membre du personnel doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Dans l'exécution de leur service, les professionnels du Centre Hospitalier doivent s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les usagers, les bénévoles et les autres professionnels.

L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, de quelque manière que ce soit, son opinion politique, religieuse, syndicale ou philosophique en présence des usagers.

La liberté de conscience et d'opinion étant reconnue aux professionnels de la fonction publique, le devoir de réserve ne concerne pas le contenu des opinions mais leur mode d'expression. Le devoir de réserve doit se concilier avec la liberté d'expression liée à l'exercice d'une fonction syndicale et à l'exercice d'un libre droit de critique, sans toutefois excéder les limites de l'action syndicale.

Cette obligation impose aussi aux agents publics d'éviter en toutes circonstances les comportements susceptibles de porter atteinte à la considération du service public par les usagers ni discréditer l'établissement. Le devoir de réserve s'applique pendant et hors du temps de service.

ARTICLES L. 111-2, L.121-1 ET L. 121-2 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE



Chapitre 24. L'obligation du respect du confort du patient

Article 124. **L'obligation d'accueillir et d'informer les patients, les usagers et les familles**

Les professionnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, des usagers et de leurs familles, dans le respect des règles de réserve, de secret et de discrétion professionnelle qui s'imposent.

Dans le cadre de la personnalisation des relations avec le public, l'anonymat des fonctionnaires est levé sauf pour des motifs de sécurité des professionnels rendant nécessaire le respect de l'anonymat.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tous professionnels de santé participant à la prise en charge du patient dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. L'information sur son état de santé est délivrée au patient au cours d'un entretien individuel.

Toute personne a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

Les familles sont accueillies et informées de l'évolution de l'état de santé de leurs proches, avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Les familles doivent être avisées en temps utile des décisions importantes concernant les patients. Hormis les cas d'urgence médicale, un changement de service d'accueil ou une décision d'intervention chirurgicale devra être portée à leur connaissance avant que la décision ne soit exécutée. Dans le cas de l'aggravation de l'état de santé du patient, tout moyen doit être mis en place pour que la famille du patient en soit informée rapidement.

ARTICLES L. 1111-2, L. 1111-3, L. 1113-1, R. 1112-41, R. 1112-42, L. 1113-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 125. **Le respect du secret professionnel**

125.1 Les dispositions générales

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect du secret des informations la concernant.

Institué dans l'intérêt des patients, le secret professionnel est un principe fondamental, applicable à tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du Centre Hospitalier.

Le secret couvre tout ce qui est porté à la connaissance des professionnels et bénévoles dans le cadre de leur mission. Ce secret concerne ainsi tout élément qui leur est confié, mais également tout élément qui est vu, observé, entendu ou compris.

Il peut y être dérogé uniquement dans les cas de révélation strictement prévus par la loi. La violation du secret professionnel est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

125.2 Le partage d'information

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

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

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



L'équipe de soins est entendue comme un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

- soit exercent dans le même établissement de santé, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

ARTICLE L. 312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

125.3 L'obligation de discrétion professionnelle

Les professionnels hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et les informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions. Ceci recouvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Cette obligation s'applique à l'égard des usagers, mais aussi à l'égard de l'ensemble des professionnels et bénévoles, qui n'ont pas, du fait de leurs fonctions, à connaître les informations en cause.

Il est ainsi notamment interdit de communiquer des informations ou documents relatifs à l'état de santé d'un patient, ou des informations ou documents relatifs à la situation d'un autre professionnel, tels que les fiche de situation ou les bulletins de paye par exemple.

Cela signifie que les professionnels ne peuvent communiquer dans leur vie personnelle par l'intermédiaire des réseaux sociaux, blogs ou forums toute information dont ils auraient connaissance à l'occasion de leur fonction.



En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les professionnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Le non-respect de cette obligation de discrétion professionnelle est passible de sanctions pénales, ne faisant pas échec à l'application de sanctions disciplinaires ou ordinaires.

ARTICLE L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ARTICLES L. 121-6 ET L.121-7 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 126. **Le respect de la liberté de conscience et d'opinion**

La liberté de conscience, de croyance et d'opinion des patients, des usagers et des familles, doit être rigoureusement respectée par le professionnel du Centre Hospitalier.

Chacun doit s'abstenir d'exercer toute propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, sur les patients et leurs proches.

Tout professionnel hospitalier a un devoir strict de neutralité.

Enfin, il doit traiter de manière identique, sans privilège, ni discrimination, toutes les personnes se trouvant dans la même situation et respecter leur liberté de conscience.

ARTICLE 10 DE LA DÉCLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DE 1789 ARTICLE 1 DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ARTICLE 9 DE LA CONVENTION DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTÉS FONDAMENTALES CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE À LA CHARTE DE LA LAÏCITÉ DANS LES SERVICES PUBLICS CIRCULAIRE DHOS/G N°2005-57 DU 2 FÉVRIER 2005 RELATIVE À LA LAÏCITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

ARTICLE L. 121-2 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE



Chapitre 25. Les principes de bonne conduite professionnelle

Article 127. **L'assiduité et la ponctualité**

Tout professionnel hospitalier est tenu d'exercer ses fonctions avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement organisationnel du Centre Hospitalier. Ce respect conditionne la qualité de la prise en charge des patients et de l'accompagnement de leurs proches.

Tout professionnel hospitalier est tenu de respecter ses horaires de travail établis en application des dispositions réglementaires et fixés par tableaux de services communiqués par sa hiérarchie. Il ne quitte son service que lorsque la relève est assurée.

Tout professionnel hospitalier doit veiller à prévenir dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique de tout retard ou absence à son poste de travail, et fournir un justificatif en cas d'absence sous 48 heures maximum.

ARTICLES L. 121-3, L. 121-9 ET L. 121-10 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 128. **L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique**

Tout professionnel hospitalier, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Le refus d'obéissance constitue une faute professionnelle.

Ainsi, le professionnel hospitalier doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

De même, sous réserve des règles applicables aux professions réglementées, en cas d'empêchement d'un professionnel chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre professionnel, ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail, ne peut s'y soustraire en invoquant le motif que cette tâche n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.



Enfin, lorsque le professionnel a un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, il peut alors faire valoir son droit de retrait et se retirer de cette situation dans le respect de la réglementation.

ARTICLES L. 121-9 ET L. 121-10 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 129. **Le devoir d'alerte et d'information au supérieur hiérarchique**

Tout professionnel hospitalier, quel que soit son grade ou sa fonction, doit informer son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de son service.

Cette obligation doit se traduire notamment par l'élaboration de rapports circonstanciés qui peuvent être sollicités par l'encadrement. Il existe en outre un devoir d'alerte auprès de l'encadrement lorsque des éléments précis peuvent faire craindre la survenance d'un incident ou d'un dysfonctionnement.

ARTICLES L. 135-1 À L. 135-5 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 130. **Le signalement des événements indésirables**

Tout professionnel hospitalier qui constate un événement indésirable qui a causé ou aurait pu induire des conséquences pour un patient, un professionnel ou un bien de l'établissement, doit en informer son supérieur hiérarchique direct.

L'information est transmise au moyen d'une fiche de signalement des événements indésirables, disponible sur le portail intranet du Centre Hospitalier. Le professionnel hospitalier peut remplir seul cette fiche ou se faire aider par un autre professionnel.

Annexe 3 : Bonnes pratiques de déclaration des événements indésirables



Article 131. **Le bon usage des biens du Centre Hospitalier**

Les professionnels hospitaliers veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le Centre Hospitalier.

Les atteintes aux biens de l'établissement peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires, d'une procédure judiciaire ou d'une demande de remboursement des frais engagés par le Centre Hospitalier pour réparer les dommages causés.

Article 132. **Le respect des règles d'hygiène et de sécurité**

Tout professionnel hospitalier doit observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité applicables au sein du Centre Hospitalier.

Les professionnels hospitaliers ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du Centre Hospitalier et de ses usagers

Ils doivent notamment porter en présence des patients les équipements de protection individuelle adaptés aux risques et aux conditions de travail.

Chacun doit régulièrement participer aux formations sécurité incendie et aux exercices d'évacuation, et doit appliquer sans délai les consignes données par les professionnels de sécurité, sous peine de sanction et / ou poursuite.

Les professionnels hospitaliers ont l'obligation de respecter les mesures barrières imposées afin de lutter contre la propagation des virus, sous peine de sanctions disciplinaires. Chacun doit se conformer à toute directive en matière d'hygiène imposée par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, suivant la situation sanitaire de l'établissement.

ARTICLES L. 136-1, L. 811-1 ET L. 811-2 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 133. **Le respect de l'engagement de l'établissement dans le développement durable**

Le Centre Hospitalier est un établissement engagé en matière de développement durable et certifié ISO 14001 pour son site principal Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO).



Toute personne intervenant au sein du Centre Hospitalier doit :

- prendre connaissance de la de la politique développement durable accessible sur le site Internet du Centre Hospitalier (rubrique « L'hôpital » ; « Développement Durable ») ;
- s'engager à respecter les engagements en matière de développement durable et de sécurité incendie – **Annexe 4 : Engagements des professionnels en matière de développement durable et de sécurité incendie** ;
- respecter les objectifs environnementaux en vigueur dans sa pratique professionnelle quotidienne.

La déclinaison concrète de ces engagements se traduit via les actions quotidiennes suivantes :

- préserver la ressource en eau et la biodiversité ;
- participer aux efforts de sobriété énergétique liés au chauffage et au rafraîchissement des locaux ;
- trier les déchets selon les règles en vigueur ;
- consommer le juste besoin ;
- agir dans ses relations avec autrui selon des principes favorisant la qualité de vie au travail.

Les objectifs environnementaux 2025 du Centre Hospitalier sont les suivants :

- limiter au maximum les impacts sur l'environnement local par :
 - o l'augmentation des déchets valorisés ;
 - o la diminution de la production de biodéchets en lien avec la bonne prise alimentaire ;
 - o l'objectif "Zéro mégot au sol".
- réduire les consommations énergétique, en eau, de papier.
- répondre aux exigences réglementaires par :
 - o le développement des déplacements vertueux ;
 - o l'objectif « Zéro bouteille d'eau distribuée automatiquement » ;
 - o la publication du Schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables (SPASER).



Article 134. **L'exigence d'un comportement général adapté**

134.1 L'exigence d'une tenue vestimentaire appropriée

Une tenue appropriée, tant dans l'habillement et les accessoires, est exigée de l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier.

La tenue et les accessoires portés par chacun des professionnels hospitaliers doit être compatible avec les principes de neutralité et de laïcité du service public.

Les tenues portées doivent être compatibles avec les règles d'hygiène en vigueur.

Le port d'accessoires sur les mains et les avant bras (bijoux, faux ongles/vernis, etc.) est totalement proscrit dans l'ensemble des services de soins. De plus, pour les professionnels soignants exerçant au sein d'un bloc opératoire ou de tout secteur interventionnel assimilable à une salle de bloc, tout port de bijoux (tête, cou, bras, mains) durant l'exercice de leurs fonctions est totalement proscrit.

Pour les professionnels prenant en charge des patients présentant des troubles du comportement, le port de tout accessoire est totalement proscrit afin d'éviter tout arrachement.

Les tenues décontractées (short, bermuda, tongs, etc.) sont totalement proscrites pour l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Tout professionnel exerçant dans les services de soins du Centre Hospitalier doit adopter la tenue vestimentaire réglementaire fournie pendant toute la durée du service. Les tenues sont mises à disposition de l'ensemble des professionnels dans les locaux à cet effet.

Le port des vêtements de travail est interdit dans le restaurant du personnel et à l'extérieur du Centre Hospitalier en dehors des horaires de service, hormis pour les agents de la sécurité et de la sûreté.

Le port des tenues de bloc opératoire est strictement réservé à cet usage, et est strictement interdit en dehors de ces unités.

Les professionnels hospitaliers sont tenus de faire nettoyer leur tenue de travail par le service de blanchisserie en utilisant le circuit interne de ramassage du linge sale.



134.2 L'exigence d'un langage et d'un comportement correct

La familiarité à l'égard des patients, des usagers et des familles est formellement proscrite. De même les propos véhéments ou les éclats de voix exprimant la colère et le mécontentement entre les professionnels hospitaliers et tout intervenants (bénévoles, prestataires extérieurs) sont à éviter, particulièrement en présence des patients, des usagers et des familles. Ces derniers portent atteinte à l'image du Centre Hospitalier et à une ambiance sereine de travail.

Les actes de violence physique et verbale (propos insultants, discriminatoires) à l'encontre des patients, des usagers et des familles et également entre professionnels hospitaliers et tout intervenant (bénévoles, prestataires extérieurs) sont strictement interdits.

De tels agissements exposent le professionnel hospitalier à une sanction disciplinaire et/ou pénale.

134.3 La lutte contre le bruit

Les professionnels hospitaliers s'efforcent, sans distinction de grades ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients, des usagers et des familles.

D'une manière générale, dans l'exercice de leurs fonctions, tous les professionnels hospitaliers prennent les dispositions nécessaires, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein des locaux du Centre Hospitaliers.

Chacun des professionnels hospitaliers doit notamment, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, et tout particulièrement la nuit, dans l'ensemble des services de soins.

ARTICLE L. 121-1 ET L. 121.2 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE



Article 135. La promotion de la bientraitance et la sollicitude envers les usagers

Les professionnels hospitaliers agissent dans un souci d'assurer continuellement le bien-être et la sécurité du patient.

Chacun doit porter une attention particulière aux besoins et aux demandes du patient, en respectant ses choix et ses refus dès lors qu'ils sont compatibles avec la loi et le règlement intérieur du Centre Hospitalier.

Tout professionnel hospitalier doit, dans l'exercice de ses fonctions, mettre en œuvre des actions rendant concrètes et effectives le respect des droits du patient et contribuant à l'amélioration de sa vie quotidienne.

Les professionnels hospitaliers prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux patients, aux usagers et aux familles dans les situations d'attente. Ils doivent être accueillis et informés avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le soulagement de la souffrance des patients, qu'elle soit physique ou psychologique, doit être une préoccupation constante de tous les professionnels hospitaliers.

Le Centre Hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives, mais aussi institutionnelles.

Tout professionnel hospitalier a un devoir de connaître et respecter la Charte de la Bientraitance du Centre Hospitalier.

Annexe 7 : Charte de Bientraitance du Centre Hospitalier

Article 136. L'obligation de déposer les biens confiés par le patient ou trouvés dans le Centre Hospitalier

Aucun professionnel du Centre Hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Les biens du patient peuvent faire l'objet d'un dépôt selon la procédure décrite dans le présent règlement intérieur dans la Partie 3 – Les dispositions relatives au séjour du patient.



Les objets, documents ou valeurs doivent être déposés après l'établissement d'un inventaire contradictoire réalisé par deux professionnels hospitaliers à la régie centrale du Centre Hospitalier.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé dans :

- un service de soins, de consultation ou administratif doit être remis au cadre du service ;
- des locaux divers, parking, circulation, doit être remis au Poste de Sécurité, afin d'en assurer la restitution.

Article 137. **L'obligation de désintéressement**

Il est interdit à tout agent du Centre Hospitalier d'avoir, dans une société publique ou privée, ou dans une association, des intérêts de toute nature qui seraient susceptibles de compromettre son indépendance.

ARTICLES L. 121-4, L. 121-5 ET L. 122-1 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

ARTICLE 115 DE LA LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DITE « LOI DE MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ »

DÉCRET N° 2007-658 DU 2 MAI 2007 MODIFIÉ PAR LE DÉCRET 2011-82 DU 20 JANVIER 2011 RELATIF AU CUMUL D'ACTIVITÉS DES FONCTIONNAIRES, DES AGENTS NON TITULAIRES DE DROIT PUBLIC ET DES OUVRIERS DES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS DE L'ÉTAT

ARTICLES L. 4113-13 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 138. **L'absence de conflit d'intérêt**

Chaque professionnel doit veiller à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver. Au sens de la loi, constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions.



Article 139. **L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative et l'obligation de se consacrer à ses fonctions**

Les professionnels hospitaliers sont tenus de se consacrer à leurs fonctions.

Il leur est impossible d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Des dérogations à cette interdiction sont toutefois possibles dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives aux cumuls d'activités.

ARTICLE L. 123-1 ET SUIVANTS DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 140. **Les règles du cumul d'activité**

À titre dérogatoire, les professionnels hospitaliers titulaires et non titulaires peuvent être autorisés à effectuer un cumul d'activité dans le respect de la réglementation et sous réserve d'un accord exprès de l'administration.

Pour ce faire, le professionnel hospitalier contractuel ou titulaire doit obligatoirement présenter une demande d'autorisation de cumul d'activité, en mettant en copie son supérieur hiérarchique direct, à l'attention de :

- la Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non-médicaux ;
- la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux.

Pour le personnel non médical, la demande écrite devra comprendre au moins les éléments suivants :

- identité de l'employeur ou organisme pour le compte duquel l'activité accessoire est envisagée ;
- nature, durée, périodicité et conditions de rémunération de l'activité accessoire.

L'intéressé accompagne sa demande de toute autre information de nature à éclairer la direction sur l'activité accessoire envisagée.

La direction accuse réception de la demande.



Lorsqu'elle estime ne pas disposer de toutes les informations lui permettant de statuer sur la demande, la direction invite l'intéressé à la compléter dans un délai maximum de 15 jours à compte de la réception de la demande.

L'autorité hiérarchique notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. Dans le cas mentionné au dernier alinéa de l'article R. 123-6, ce délai est porté à deux mois. En l'absence de décision expresse écrite dans les délais de réponse mentionnés au premier alinéa, la demande d'autorisation est réputée rejetée.

La décision de l'autorité hiérarchique autorisant l'exercice d'une activité à titre accessoire peut comporter des réserves et recommandations visant à assurer le respect des obligations déontologiques mentionnées par les dispositions législatives du présent titre ainsi que le fonctionnement normal du service. Elle précise que l'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors des heures de service de l'intéressé.

Tout changement substantiel intervenant dans les conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité exercée à titre accessoire par un agent public est assimilé à l'exercice d'une nouvelle activité.

L'intéressé doit alors adresser une nouvelle demande d'autorisation à l'autorité hiérarchique dans les conditions prévues à l'article R. 123-9.

Le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant pourra saisir le référent déontologue du Centre Hospitalier, pour avis consultatif concernant cette demande de cumul d'activité.

Si le professionnel hospitalier exerce une activité privée lucrative sans autorisation, il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, et être conduit à reverser les sommes perçues au titre de l'activité interdite.

ARTICLE L. 123 À L. 123-10 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

ARTICLE R 123-1 À R123-16 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 141. **L'impossibilité de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce**

Les professionnels hospitaliers n'ont pas la possibilité de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.



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

Les professionnels hospitaliers ne doivent accepter des patients, de leurs familles et des visiteurs aucune rémunération liée à l'exercice de leur fonction. Par contre, les professionnels hospitaliers peuvent recevoir en remerciement de leur accompagnement des avantages en nature de la part des patients, de leur famille ou des visiteurs, tels que des bouquets de fleurs, plantes, ou bien des denrées alimentaires à partager au sein de l'équipe. En aucun cas, ces présents ne doivent engendrer un avantage quelconque pour le patient, sa famille ou bien le visiteur, et venir corrompre les professionnels hospitaliers dans l'exercice de leur fonction.

Les professionnels hospitaliers dont les statuts, précisés par les dispositions juridiques en vigueur, prévoient expressément la possibilité de bénéficier d'avantages en nature.

ARTICLES L. 1453-3 À L. 1453-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 142. **L'identifiant des professionnels**

À l'exception des professionnels des urgences pour des raisons de sécurité, les professionnels hospitaliers en contact avec les patients, leur famille et les visiteurs portent en évidence, pendant l'exécution de leur service, tout moyen d'identification précisant leur prénom et leur qualité sur les tenues de travail.

Les professionnels hospitaliers doivent ainsi porter en toute circonstance leur carte professionnelle.

Le professionnel hospitalier doit également se présenter oralement au patient qu'il est appelé à rencontrer dans le cadre de ses missions.

Dans les locaux administratifs, les noms des professionnels hospitaliers et leurs fonctions sont affichés à l'entrée des bureaux.

ARTICLE R. 1112-42 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Article 143. **L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux**

Les personnels sont tenus d'utiliser le matériel informatique mis à leur disposition par le Centre Hospitalier conformément aux dispositions de la charte du système d'information et du bon usage des postes informatiques, annexée au présent règlement intérieur.

ARTICLE 9 DU CODE CIVIL

ARTICLES 226-1 ET 226-2 DU CODE PÉNAL

ARTICLES 29 ET 31 DE LA LOI DU 29 JUILLET 1881

Article 144. **L'usage du téléphone**

Le Centre Hospitalier met à disposition de la majorité des professionnels hospitaliers le nécessitant des DECT et/ou des téléphones portables à usage professionnel.

L'usage des téléphones portables personnels, d'écouteurs et de casques audio est strictement interdit, à usage personnel, pour l'ensemble des professionnels, pendant les heures de services afin d'éviter les interruptions de tâches et des mesures d'hygiène.

Un usage est accepté lors des moments de pause dans les locaux réservés aux professionnels (salle de pause ou tout autre espace aménagé à cet effet).

Après chaque manipulation d'un téléphone (portable ou DECT), il est nécessaire d'effectuer une hygiène des mains par friction des mains avec un produit hydro alcoolique avant de reprendre toute activité.

Article 145. **Le respect de la charte graphique**

Les professionnels hospitaliers doivent respecter la charte graphique du Centre Hospitalier définie par la Direction pour tout document administratif ou tout support d'information institutionnel afin de garantir la qualité de l'image du Centre Hospitalier.

Pour toutes demandes ou informations particulières concernant la charte graphique, il convient de contacter le service communication : communication@ch-carcassonne.fr



Article 146. **L'affichage de document**

L'affichage en dehors des supports prévus à cet effet est strictement interdit au sein du Centre Hospitalier.

L'exercice du droit d'affichage syndical est garanti par le Directeur du Centre Hospitalier sur les supports d'information obligatoires, de libre accès syndical installés sur chacun des sites.

L'affichage institutionnel est strictement limité à la signalétique, aux plans de repérage et de localisation, à la sécurité incendie, à la vidéo protection et à la communication.

Il est interdit d'accrocher affiches et documents sur les murs, dans les circulations, les ascenseurs, les services.

La dépose de tracts sur les véhicules et les parkings n'est pas autorisée.

Les documents interdits seront immédiatement retirés.

Des tableaux d'affichage sont prévus à cet effet.

ARTICLES R 213.51 ET SUIVANTS DU CODE DE LA FONCTION PUBLIQUE

Chapitre 26. **Les droits et garanties du personnel**

Article 147. **La liberté de conscience et d'opinion et non-discrimination**

Les agents de l'établissement sont libres de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques et religieuses.

Cette liberté est garantie dans le cadre des lois, règlements et règles statutaires qui la règlementent.

La liberté d'opinion est garantie dans la limite du devoir de réserve et de l'obligation de discrétion professionnelle qui incombe à tous les professionnels hospitaliers.

ARTICLE 34 DU PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ARTICLE 5 DU PRÉAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 27 OCTOBRE 1946

ARTICLES L.111-1, L.111-2, L.131-1 À L. 131-13 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE CIRCULAIRE DU PREMIER MINISTRE N°5209/SG DU 13 AVRIL 2007 RELATIVE À LA CHARTE DE LA LAÏCITÉ DANS LES SERVICES PUBLICS



Article 148. **La liberté d'expression directe et collective**

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Les membres des organisations syndicales représentatives du personnel peuvent tenir des réunions et disposer d'autorisations spéciales d'absence.

ARTICLES L.211-1 À 1.211-4 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 149. **Le droit de grève**

Le droit de grève est reconnu à l'ensemble des professionnels hospitaliers, qu'ils soient titulaires ou contractuels.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le règlementent.

La mission de service public à laquelle le Centre Hospitalier doit en toute circonstance répondre, justifie, en cas de grève, le recours au service minimum.

Conformément à la réglementation en vigueur, le Directeur du Centre Hospitalier organise le service minimum et peut assigner des professionnels hospitaliers indispensables à son bon fonctionnement.

Les professionnels ont la possibilité d'informer en amont leur cadre de service de leur intention de faire grève. À partir du recensement des grévistes, les cadres supérieurs des services, en collaboration avec les cadres de services, le service des ressources humaines et des affaires médicales, organisent le service minimum. Les besoins sont appréciés en priorité sur la base du tableau de service minimum approuvé en Comité Social Établissement et en fonction du nombre de professionnels hospitaliers non-grévistes et présents le jour de la grève et de l'activité programmée. La Direction des Ressources Humaines met à disposition les trames de lettre d'assignation. Le cadre de service remet, en main propre et contre signature, les lettres d'assignation aux professionnels hospitaliers concernés. Un exemplaire est archivé dans le dossier administratif du professionnel hospitalier concerné pendant un an. L'assignation doit être remise au professionnel hospitalier avant sa prise de poste. Le professionnel hospitalier doit alors se rendre à son poste de travail à la date et à l'heure mentionnées sur l'assignation. Le fait pour un professionnel hospitalier d'ignorer les



obligations découlant de l'assignation au seul motif que l'acte n'a pu lui être remis en main propre l'expose à des poursuites disciplinaires

En application de la réglementation, la participation à un mouvement de grève peut donner lieu à retenue sur traitement.

ARTICLES L. 114 À L. 114-10 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

ARTICLE 656 DU CODE DE LA PROCÉDURE CIVILE

Article 150. **La liberté syndicale et le droit syndical**

Le droit syndical est garanti à l'ensemble des professionnels hospitaliers du Centre Hospitalier qui peut librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions.

Les représentants syndicaux du personnel du Centre Hospitalier bénéficient d'autorisations spéciales d'absence ou de décharges d'activité dans le cadre de la législation applicable.

Le Directeur du Centre Hospitalier garantit le libre exercice du droit syndical, sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis de l'utilisateur.

ARTICLE L. 113 ET L. 211-1 À L. 211-4 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 151. **L'égalité de traitement et le principe de non-discrimination**

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les personnels en raison de leur sexe, de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur apparence vraie ou supposée à une ethnie.

Toutefois des distinctions, validées par le médecin du travail, peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques ou psychologiques à exercer certaines fonctions.



Aucune mesure concernant notamment le recrutement, la titularisation, la formation, la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et la mutation ne peut être prise à l'égard d'un professionnel hospitalier, titulaire ou contractuel, en prenant en considération :

- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Le Centre Hospitalier garantit aux deux sexes une égalité totale au niveau du recrutement, de l'avancement de carrière et de la rémunération.

ARTICLE 1ER DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ARTICLE 14 DE LA CONVENTION EUROPÉENNE DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTÉS FONDAMENTALES ET
PROTOCOLE ADDITIONNEL N° 12 ARTICLES 1 ET 6 DÉCLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DU 26 AOÛT 1789
ARTICLES 225-1 À 225-4 DU CODE PÉNAL CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 152. **La protection des professionnels**

Aucun professionnel hospitalier ne doit se voir imposer des propos ou comportements ayant pour objet ou pour effet de dégrader ses conditions de travail, de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel.

Aucun professionnel hospitalier ne doit se voir imposer, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Aucun professionnel hospitalier, ne doit subir de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Tout professionnel hospitalier ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus est passible d'une sanction disciplinaire.



Le Centre Hospitalier assure la protection fonctionnelle des professionnels hospitaliers qui seraient victimes de harcèlement moral et sexuel.

152.1 Le dispositif vigilance¹⁷

Le Centre Hospitalier dispose d'un dispositif vigilance permettant de prévenir les actes de violence, de discrimination et de harcèlement.

Ce dispositif est accessible à l'ensemble des professionnels, étudiants et stagiaires médicaux et non médicaux du Centre Hospitalier indépendamment de leur filière, de leur corps professionnel ou de leur niveau de responsabilité. Il a pour objectif de :

- prévenir les actes de violences, de discriminations, d'harcèlement et agissements sexistes ;
- protéger les victimes et témoins grâce à un accompagnement psychologique, social et juridique ;
- agir en mettant en place des mesures adaptées, y compris des procédures disciplinaires si nécessaires.

De plus, toute situation peut être signaler directement à la médecine de travail, la psychologue du travail, l'assistante sociale, le chargé du maintien dans l'emploi ainsi que le référent handicap. Tout professionnel hospitalier a un devoir de connaître et respecter la Charte de prévention institutionnelle de lutte contre le harcèlement et toute forme de discrimination.

ARTICLES L. 133-1 À L. 133-3 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

152.2 La protection fonctionnelle

Le Centre Hospitalier protège l'ensemble des professionnels hospitaliers contre les menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages dont il pourrait être victime lors de l'exercice de leurs fonctions.

Dans ce cadre et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires applicables, la protection fonctionnelle peut être accordée à tout professionnel hospitalier, titulaire ou contractuel, exerçant au sein du Centre Hospitalier ou y ayant exercé.

¹⁷ Le dispositif vigilance est en cours de construction au moment de la publication de ce Règlement Intérieur (Juin 2025).



Le professionnel hospitalier peut ainsi bénéficier de la protection fonctionnelle s'il est poursuivi en justice par un tiers pour une faute de service commise dans l'exercice de ses fonctions (à condition qu'il n'ait commis aucune faute personnelle).

Le Centre Hospitalier doit apporter au professionnel hospitalier concerné une assistance juridique et, le cas échéant, couvrir les condamnations civiles prononcées contre lui. La protection fonctionnelle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat mis à sa disposition pour le représenter et faire valoir ses droits en justice dans les conditions fixées par l'assurance RC.

La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par le professionnel hospitalier par écrit et transmise soit à sa hiérarchie directe, qui la transmettra à la direction compétente (Direction des Ressources Humaines/Direction des Affaires Médicales), soit directement à la direction compétente. Un rapport circonstancié relatant les faits est joint à la demande.

Un dispositif de prise en charge des professionnels hospitaliers victimes de violence est en parallèle organisé au sein du Centre Hospitalier. Les professionnels hospitaliers peuvent bénéficier d'un accompagnement psychologique pris en charge par le Centre Hospitalier, en formulant une demande à la Direction des ressources humaines.

ARTICLES L.134-1 À L.134-12 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

152.3 Le droit de retrait

Tout professionnel hospitalier dispose du droit de se retirer d'une situation de travail, dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, à condition que cela ne crée pas pour autrui une nouvelle situation de danger.

Le professionnel hospitalier désirant faire valoir son droit de retrait, alerte par écrit dans le plus bref délai sa hiérarchie.

Le professionnel hospitalier dispose alors du droit de se retirer de certaines tâches ou de son lieu de travail, suivant la situation exprimée.

Ce droit de retrait ne signifie pas nécessairement l'arrêt de tout travail effectif.

Lors de son droit de retrait, le professionnel hospitalier reste à disposition de l'administration qui procède immédiatement à une enquête pour constater la réalité de cette situation de danger et prend les dispositions nécessaires pour faire cesser ce danger.



En toute circonstance, le professionnel hospitalier ne peut quitter le Centre Hospitalier sans autorisation préalable du Directeur du Centre Hospitalier.

ARTICLE L. 4131-1 DU CODE DU TRAVAIL

Article 153. **Le droit à la formation professionnelle**

Les professionnels hospitaliers peuvent accéder à des formations d'adaptation, de recyclage, de perfectionnement, de reconversion et de promotion.

Le Centre Hospitalier élabore chaque année un plan de formation, en vue de maintenir, de parfaire ou d'adapter les compétences des professionnels hospitaliers.

En s'appuyant sur le projet d'établissement et sur les évaluations professionnelles, ce plan de formation vise à répondre aux besoins de perfectionnement et d'évolution des services et aux nécessités de formation et de promotion interne.

LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DITE « LOI DE MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ »

ARTICLES L.4021-1 À L.4021-8 ; R.4021-1 À R.4021-8 ET R.4133-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DÉCRET N° 2008-824 DU 21 AOÛT 2008 RELATIF À LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET CIRCULAIRE D'APPLICATION DU 22 JUIN 2009

DÉCRET N° 2011-2116 DU 30 DÉCEMBRE 2011 RELATIF AU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS

DÉCRET N°2011-2113 DU 30 DÉCEMBRE 2011 RELATIF À L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

DÉCRET N°2013-35 DU 11 JANVIER 2013 RELATIF À LA COMMISSION SCIENTIFIQUE INDÉPENDANTE DES MÉDECINS

ARTICLE L.115-4 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 154. **Le droit d'accès au dossier administratif**

Un dossier administratif individuel est constitué dès la prise de fonction de tout professionnel hospitalier, qu'il soit titulaire ou contractuel.

Ce dossier comprend l'ensemble des éléments en lien avec la situation administrative du professionnel hospitalier. Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont archivées dans son dossier détenu par la Direction des Ressources Humaines pour les



professionnels non médicaux et par la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux.

En cas de mutation ou de changement d'établissement, le dossier administratif est transmis dans son intégralité au nouvel établissement.

Chaque professionnel hospitalier peut demander la communication de tout ou partie de son dossier administratif selon les modalités de son choix, dans la limite des possibilités techniques de l'administration. Pour ce faire, il doit faire une demande écrite à la Direction en possession de son dossier.

L'accès au dossier administratif est possible préférentiellement par mail à l'adresse suivante secr.drh@ch-carcassonne.fr ; ou bien par courrier à l'attention de la Directrice des Ressources Humaines.

L'administration dispose d'un délai d'un mois suivant la réception de la demande pour communiquer le / les documents demandés.

Le dossier individuel de carrière est un outil de gestion des ressources humaines mais il constitue également un garant des droits des professionnels hospitaliers.

ARTICLES L. 137 À L. 137-4 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 155. **Le droit à la déconnexion**

Le droit à la déconnexion doit être concilié avec la continuité du service public (assurée 24h/24, 365 jours/an) et le rôle de recours du Centre Hospitalier dans certaines situations, et notamment les situations sanitaires exceptionnelles.

Le droit à la déconnexion correspond au droit pour tout professionnel hospitalier de ne pas être connecté à ses outils numériques et téléphoniques et ne pas répondre à une sollicitation professionnelle exprimée par voie numérique ou téléphonique, en dehors de ses horaires normaux de travail ou sur ses temps de repos, et hors situation de nécessité d'urgence ou de nécessité absolue, sans que cela lui soit reproché ou que cela puisse avoir un impact sur son évolution professionnelle.

Concernant l'usage de la messagerie électronique professionnelle, aucun professionnel hospitalier n'est tenu de prendre connaissance des courriels ou d'y répondre en dehors de son temps de travail effectif et de sa position d'activité.



Concernant l'usage des applications et logiciels qui permettent une connexion personnelle à domicile, il ne peut pas, en dehors du cadre institutionnel des astreintes et d'une éventuelle situation de télétravail ou de crise, être imposé aux professionnels hospitaliers en dehors de leurs horaires de travail.

LOI N°2019-828 DU 6 AOÛT 2019 PORTANT TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE L'ACCORD RELATIF À LA MISE EN ŒUVRE DU TÉLÉTRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE DU 13 JUILLET 2021

Article 156. **Les dispositions relatives à l'organisation du temps de travail**

Au sein du Centre Hospitalier, les diverses dispositions relatives au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées et consultables sur le guide de gestion du temps de temps de travail de l'établissement et la procédure relative au télétravail.

Article 157. **L'hygiène et la sécurité des conditions de travail**

Le Centre Hospitalier assure à tout professionnel hospitalier des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver sa santé et son intégrité physique et psychique durant l'intégralité de l'exercice ses fonctions.

Chapitre 27. **La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale**

Article 158. **L'attention portée à la prévention des risques professionnels**

Le Centre Hospitalier a mis en place différents dispositifs dédiés à la prévention des risques professionnels et à la promotion de la qualité de vie au travail, permettant de mobiliser les acteurs concernés par ces questions ainsi que des moyens dédiés à ces éléments essentiels de promotion du bien-être au travail.



158.1 Le dispositif « seconde victime »¹⁸

Le Centre Hospitalier a mis en place le dispositif « seconde victime », qui vise à accompagner les professionnels de santé ayant vécu un événement indésirable grave, et leur permettre de faire face à la détresse émotionnelle qu'ils peuvent ressentir dans ce type de situations.

158.2 La commission de conciliation locale ¹⁹

La commission de conciliation locale vise à accompagner les professionnels hospitaliers, étudiants et stagiaires, pour tous les différends relatifs à leurs relations professionnelles via l'intervention d'un tiers conciliateur afin de proposer des solutions et donc de rechercher un arrangement ou un compromis.

La conciliation vise à parvenir à un accord amiable entre deux parties en conflit dont la nature ne nécessite pas un engagement de procédure judiciaire.

Ce dispositif est activé dès lors qu'un différend entre professionnels hospitaliers porte une atteinte au fonctionnement normal du service.

Il s'applique à tout différend entre professionnels, opposant soit un professionnel à sa hiérarchie, soit des professionnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles dès lors qu'ils sont employés par le même établissement, au sein d'une direction commune ou d'un même groupement hospitalier de territoire.

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH3/2022/87 DU 29 MARS 2022 RELATIVE À LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE CONCILIATION LOCALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

¹⁸ Le dispositif « seconde victime » est en cours de construction au moment de la publication de ce Règlement Intérieur (Juin 2025).

¹⁹ La commission locale de conciliation est en cours de construction au moment de la publication de ce Règlement Intérieur (Juin 2025).



Article 159. **Le service de santé au travail**

Un service de santé au travail est présent au sein du Centre Hospitalier.

Son rôle est de réaliser le suivi médical des Agents et de réaliser des actions en milieu du travail.

Tout professionnel hospitalier exerçant au sein du Centre Hospitalier bénéficie d'une visite d'embauche dans les six premiers mois de son arrivée.

L'agent bénéficiera d'un suivi régulier tout au long de sa carrière.

Le suivi médical a pour objet d'évaluer l'aptitude du professionnel hospitalier à son poste de travail en tenant compte de son état de santé et de la nature de son poste et de veiller à éviter toute altération de santé.

Tout professionnel de santé doit demander une visite de reprise après un arrêt pour cause de santé de plus de 30 jours.

Il peut bénéficier également d'une visite à sa demande, à la demande de son Médecin traitant ou à la demande de son responsable hiérarchique. Cette demande est faite par mail : secr.med-personnel@ch-carcassonne.fr

Le service de santé au travail est enfin associé aux différents dispositifs mis en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Article 160. **Le service d'accompagnement social**

Une assistante sociale spécifique est disponible pour les professionnels hospitaliers.

Elle est le référent handicap du personnel et correspondant CGOS.

Article 161. **L'obligation de vaccination**

Toute personne qui exerce une activité professionnelle au sein du Centre Hospitalier l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée, à des risques de contamination, doit être immunisée contre les pathologies référencées à l'article L. 3111-4 et L. 3111-5 du Code de la santé publique.



Ces obligations vaccinales s'appliquent aussi à tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé effectuant un stage au sein du Centre Hospitalier.

ARTICLES L. 3111-4 ET L. 3111-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 162. **L'accueil et l'intégration du nouvel arrivant au sein du Centre Hospitalier**

Tout professionnel hospitalier nouvellement nommé dans l'établissement, installé récemment ou très prochainement dans ses fonctions, a le droit de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux instances représentatives et spécialisées, et plus généralement, au mode de fonctionnement l'établissement.

Il doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre et des devoirs qui lui incombent au titre d'agent de l'établissement.

Un livret d'accueil du personnel est remis à la prise de poste au plus tard.

Une session d'accueil est organisée périodiquement par la Direction des Ressources Humaines pour les professionnels non médicaux, et par la Direction des Affaires Médicales pour les professionnels médicaux.

Article 163. **Les services à la disposition du personnel du Centre Hospitalier**

163.1 La restauration sur place

Les professionnels hospitaliers ont la possibilité de prendre leur repas au sein de l'établissement. Un self est mis à disposition de l'ensemble des professionnels, tous les jours entre 11h30 et 14h30. Un espace extérieur est aménagé et directement accessible depuis le self. Un service de repas à emporter est disponible sous réservation via l'interface POP&PAY disponible sur le portail intranet du Centre Hospitalier. Les consommations personnelles sont autorisées au sein des espaces intérieur et extérieur du self.

Une aire de pique-nique aménagée est mise à disposition des professionnels hospitaliers à proximité du parking réservé aux professionnels.



Un « Relais H » est situé dans le hall d'entrée du Centre Hospitalier. Cet espace propose à l'achat des journaux et revues, ainsi qu'une restauration de sandwicherie et quelques produits de première nécessité. La consommation peut se faire sur place dans un espace intérieur ou extérieur, ou bien à emporter. Les professionnels hospitaliers peuvent bénéficier d'une remise sur une partie de l'offre alimentaire sur présentation de leur badge. Aucune consommation personnelle n'est tolérée sur l'espace du « Relais H ».

163.2 La fourniture des tenues professionnelles

Une tenue de travail réglementaire et adaptée est fournie à tous l'ensemble des professionnels hospitaliers.

L'entretien et le remplacement des tenues professionnelles sont assurés par la plateforme logistique du Groupement Audois de Prestations Mutualisées (GAPM).

163.3 Le vestiaire

Un vestiaire est mis à la disposition de chacun des professionnels hospitaliers soumis à l'obligation de port d'une tenue de travail dès leur arrivée au sein du Centre Hospitalier.

Les vestiaires permettent de déposer les effets et objets personnels.

L'entretien et la bonne tenue des vestiaires est sous la responsabilité du professionnel l'utilisant.

Le vestiaire doit être libéré et nettoyé par le professionnel hospitalier l'utilisant le jour de son départ du Centre Hospitalier.

En cas de non-respect de la bonne utilisation des vestiaires, le professionnel hospitalier s'expose à des sanctions disciplinaires.

Le Centre Hospitalier dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation de ces effets et objets.



163.4 Les dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnement

Comme employeur, le Centre Hospitalier participe à la prise en charge partielle des frais de transports collectifs utilisés par les professionnels hospitaliers dans leurs trajets domicile-travail, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

La demande de prise en charge doit être faite mensuellement auprès du service formation sur présentation de justificatifs.

Les agents peuvent également bénéficier du forfait mobilités durables.

Des stationnements sont également mis à disposition des professionnels hospitaliers sous conditions et en fonction de critères de priorité établis par l'établissement et des places disponibles.

Il n'est pas autorisé aux professionnels hospitaliers dans le cadre de leur journée de travail, de stationner leur véhicule sur les parkings visiteurs.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier propose aux professionnels hospitaliers un parking à vélo sécurisés, accessible avec la carte professionnelle, sur simple demande auprès du Poste de Sécurité. Le Centre Hospitalier dégage toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de dégradation des vélos ou de tout bien laissé dans le parking à vélo. De plus, un forfait mobilité est proposé à tout professionnel hospitalier assurant leur trajet, ou une partie de leur trajet, domicile-travail en vélo, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. La demande pour bénéficier de ce forfait est à faire au secrétariat de la Direction des Ressources Humaines : secre.drh@ch-carcassonne.fr



PARTIE 7.

Les dispositions relatives à la sécurité et à l'environnement



Chapitre 28. Les dispositions générales relatives à la sécurité

Article 164. L'opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité ont pour objectif de prévenir et de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des soins et d'assurer la protection des personnes (Usagers et professionnels) et des biens, ainsi que le calme et la tranquillité des patients. Les règles de sécurité visent ainsi à protéger les usagers, les professionnels et leur outil de travail, ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Les règles de sécurité résultent de la police administrative générale qui vise à assurer le bon ordre, la sécurité et l'hygiène publique et de polices administratives spéciales telle que celles régissant la protection de l'environnement ou des établissements recevant du public.

En tant que responsable de la conduite générale de l'établissement, le Directeur du Centre Hospitalier édicte, en vertu de son pouvoir de police, des règles par voie de notes et instructions de service, dans le respect des lois et règlements en vigueur. Il veille à la coordination et au respect des règles de sécurité et de fonctionnement de l'établissement. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Dans la mesure où les conventions qui lient le Centre Hospitalier à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein de l'établissement leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est notamment transmis à cet effet. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du Directeur du Centre Hospitalier les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Sous la direction du Directeur du Centre Hospitalier, les professionnels chargés de la sécurité contribuent à la sécurité au sein de l'établissement. Les professionnels sont tenus de se conformer aux indications qui leur sont données à cet effet.

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur du Centre Hospitalier prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Les règles de sécurité sont opposables à toute personne présente sur le site hospitalier. Elle doit respecter les indications ou consignes qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux



injonctions du Directeur du Centre Hospitalier, de son représentant, et des professionnels habilités.

ARTICLE L. 6143-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 165. **Les professionnels en charge de la sécurité et de la sûreté**

165.1 Dispositions générales relatives aux professionnels de sécurité

Les professionnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur du Centre Hospitalier, dans le strict respect des lois et règlements en vigueur.

Des professionnels de sécurité incendie, présents au poste de secours, assurent la sécurité incendie du Centre Hospitalier.

Des professionnels de sûreté et de malveillance, présents aux Urgences, assurent la sûreté du Centre Hospitalier. Ces professionnels peuvent être amenés, suivant les situations, à assurer des missions de sécurité incendie.

Lors d'une situation d'incident grave, les professionnels de sécurité incendie et les professionnels de sûreté et malveillance interviennent en matière de sécurité incendie et/ou de sûreté en attente de l'intervention des forces de l'ordre et/ou des sapeurs-pompiers. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont ainsi limitées à l'assistance aux personnes en péril, à la légitime défense ou à l'état de nécessité, ainsi qu'aux cas de crime ou de délit flagrant.

Dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour en appréhender l'auteur et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche. Ainsi, toute personne appréhendée en flagrant délit pourra être retenue par les professionnels de sécurité dans l'attente de l'arrivée des forces de l'ordre.

Les personnels assurant la sécurité générale ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du Directeur du Centre Hospitalier, ou de son représentant.

Il leur est interdit d'effectuer toute fouille ou contrôle d'identité des personnes incriminées par des actes malveillants.

Les professionnels de sécurité incendie et les professionnels de sûreté et malveillance ne disposent d'aucun pouvoir de contrainte et ne peuvent être porteurs d'aucune arme,



même défensive. En cas de nécessité de mesures coercitives, il est obligatoirement fait appel aux forces de l'ordre.

Ils disposent du droit de demander à toute personne d'ouvrir sacs et bagages. En cas de refus, les professionnels de sécurité incendie et les professionnels de sûreté et malveillance sont autorisés à refuser l'accès de cette personne. Dans ce cas, les forces de l'ordre seront sollicitées immédiatement pour procéder à une vérification et un contrôle d'identité.

ARTICLES 122-7 ET 223-6 DU CODE PÉNAL ARTICLE L. 613-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE

165.2 L'intervention des professionnels de sécurité incendie

Au minimum trois professionnels du service de sécurité incendie, dont le professionnel de maintenance technique, sont présents 24 heures sur 24 sur le Centre Hospitalier. Le personnel en charge de la maintenance technique dispose également d'une formation de lutte contre l'incendie.

Les professionnels de sécurité incendie assurent des rondes de surveillance régulière de sécurité incendie et de surveillance continue au sein du poste de secours.

Lors d'une situation d'incident complexe ou grave, les professionnels de sécurité incendie peuvent être amenés à se déplacer à la demande d'un professionnel hospitalier afin d'assurer la sécurité des patients, des visiteurs et des professionnels hospitaliers, en attente du professionnel de sûreté et malveillance et/ou des forces de l'ordre.

Le service de sécurité incendie du Centre Hospitalier est joignable en composant le 5959 à partir de postes fixes ou mobiles, rattachés au Centre Hospitalier. En cas d'urgence incendie, il est nécessaire de composer le 1234, pour assurer la rapidité d'intervention.

ARTICLES 122-7 ET 223-6 DU CODE PÉNAL ARTICLE L. 613-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE

165.3 L'intervention des professionnels de sûreté et malveillance

Un professionnel assurant des missions de sûreté et de malveillance est présent 24 heures sur 24 au sein du service des Urgences.

Il assure des rondes de surveillance régulières au sein du Centre Hospitalier, et est amené à se déplacer à la demande d'un professionnel hospitalier afin d'assurer la sécurité des patients, des visiteurs et des professionnels hospitaliers.



Les professionnels de sûreté et de malveillance du Centre Hospitalier sont amenés à intervenir aux fins :

- assurer la sécurité des professionnels et des patients, des accompagnant et visiteurs
- d'accompagner les professionnels hospitaliers à raccompagner ou transférer un patient dans un service, qui présente un danger vital pour lui-même ou pour autrui ;
- d'aider les professionnels hospitaliers à positionner une contention chez un patient, qui présente un danger vital pour lui-même ou autrui et étant dans l'opposition ;
- d'apporter concours et assistance à toutes personnes en danger.

Quelle que soit la situation rencontrée, le professionnel de sûreté et malveillance assure dans un premier temps un travail de médiation, de prévention et de dissuasion envers les personnes concernées par la situation.

Le service de sûreté et malveillance du Centre Hospitalier est joignable en composant le 5999 à partir de postes fixes ou mobiles, rattachés au Centre Hospitalier.

Article 166. **Les matériels et dispositifs de sécurité générale**

L'installation de matériels de télésurveillance, de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique se fait dans le cadre de la législation applicable en matière de sécurité et des règles édictées par le Règlement Général sur la Protection des Données et la Loi Informatique et Libertés.

Cette installation doit également respecter le plan préalablement soumis par le Directeur du Centre Hospitalier aux instances représentatives compétentes.

Le fonctionnement de ces installations respecte le secret médical, l'intimité et la dignité des patients et le droit à la vie privée des Usagers et des professionnels.

L'utilisation et la conservation des images sont suivies dans le cadre de la politique de sécurisation d'établissement. La conservation des données est soumise à l'autorisation d'exploitation préfectorale. Seules les personnes habilitées dans le cadre de leurs fonctions peuvent visionner les images enregistrées.

Les usagers et professionnels sont informés, au moyen d'un panneau affiché de façon visible dans les locaux sous vidéo-protection de l'existence du dispositif, du nom de son responsable



et de la procédure à suivre pour demander l'accès aux enregistrements visuels les concernant. Ces éléments sont également indiqués dans le Livret d'accueil du patient.

La mise en œuvre par le Centre Hospitalier de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'établissement engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE SUR L'INFORMATIQUE, LES FICHIERS ET LES LIBERTÉS MODIFIÉE RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD - RÈGLEMENTS (UE) 2016/679)

LOI N° 83-629 DU 12 JUILLET 1983 RÉGLEMENTANT LES ACTIVITÉS PRIVÉES DE SÉCURITÉ

LOI N°95-73 DU 21 JANVIER 1995 (ARTICLE 10) D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION RELATIVE À LA SÉCURITÉ ARTICLE 226-16 À 22-20 DU CODE PÉNAL ARTICLE 7 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

ARTICLES L.223-1, L.251-1 ET L.252-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE

Chapitre 29. Les règles de sécurité générales

Article 167. La sécurité des personnes

La sécurité des personnes vise la protection de l'intégrité physique des usagers, des professionnels et des tiers présents dans l'enceinte du Centre Hospitalier. L'ensemble des dispositions de sécurité générale et de fonctionnement spécifique a vocation à y concourir.

Le Centre Hospitalier est particulièrement attaché à la sécurité de ses patients, usagers et professionnels, et est en relation étroite avec les autorités judiciaires et les forces de l'ordre pour garantir celle-ci.

À ce titre, le Centre Hospitalier veille à signaler aux autorités compétentes toutes menaces physiques ou verbales, de même que les agressions à l'encontre de ses patients, usagers et professionnels.



Article 168. **La sécurité des biens**

La sécurité des biens vise la protection des biens des patients et du patrimoine mobilier et immobilier du Centre Hospitalier.

Les biens du patient peuvent faire l'objet d'un dépôt²⁰.

Le dépôt de bien s'effectue à la demande du patient, y étant invitée au moment de son admission par les professionnels hospitaliers. En cas d'inconscience du patient ou d'une hospitalisation en urgence, le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement, après inventaire contradictoire des biens par ce dernier et l'accompagnant du malade, ou à défaut, un témoin.

Tout professionnel exerçant au sein du Centre Hospitalier doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition. Les professionnels sont également invités à maintenir fermés les locaux pour lesquels un système de fermeture sécurisé est présent. Toute dégradation volontaire ou incurie caractérisée peut entraîner le remboursement par le professionnel des dégâts causés.

Tout professionnel exerçant au sein du Centre Hospitalier est responsable de ses effets et biens personnels. Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent, ne peut entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'établissement. Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques par le Centre Hospitalier, en lien avec les autorités compétentes, et entraîneront des mesures disciplinaires en conséquence.

Article 169. **Le respect du calme et de la tranquillité au sein du Centre Hospitalier**

Tout accompagnant ou visiteur occasionnant un trouble au sein du Centre Hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. Si la situation persiste, il lui sera enjoint de quitter l'établissement. En cas de refus, l'accompagnant ou visiteur sera reconduit à l'extérieur de l'établissement par le professionnel du service de sûreté sur demande de la cadre de santé

²⁰ Les dispositions relatives au dépôt de sommes d'argent, de titres et valeurs, de moyens de règlement et d'objets de valeur figurent à l'article 85 – 85.2 du présent règlement intérieur.



ou du directeur de garde. En cas de nécessité, il pourra être fait appel aux forces de l'ordre, et des poursuites judiciaires pourront être engagées.

ARTICLE L. 121-1 ET L.121-2 DU CODE GÉNÉRAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Article 170. **Les dispositions relatives à l'accès au Centre Hospitalier**

170.1 Les dispositions générales

L'accès à l'enceinte et aux différents locaux du Centre Hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, aux visiteurs, aux sociétés partenaires et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions ou de leur cursus de formation.

Les conditions matérielles de l'accès aux sites, parcs de stationnement, bâtiments et services de ces catégories de personnes, sont organisées par le Directeur du Centre Hospitalier. Pour préserver l'intérêt général, le Directeur du Centre Hospitalier peut être amené à prendre des mesures restrictives provisoires ou permanentes qui lui semblent nécessaires et adaptées. Il peut notamment préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Ces limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur du Centre Hospitalier ou de son représentant. Il veille également à ce que les tiers dont la présence au sein du Centre Hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie. Si nécessité, il sera fait appel aux professionnels du service de sûreté de l'établissement et, en cas de difficultés, aux forces de l'ordre.

Chacun est tenu de respecter les règles d'accès, de circulation, de stationnement, de personnes ou de véhicules, qu'elles soient générales ou particulières, et d'appliquer sans délai les consignes données par les professionnels du service de sécurité, sous peine de sanction pouvant selon les situations entraîner des poursuites judiciaires.

Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques en lien avec les autorités compétentes²¹.

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur du Centre Hospitalier peut décider de mettre en œuvre certaines mesures de contrôle, comme l'ouverture par leurs porteurs, des

²¹ Les dispositions relatives à la sécurité des biens figurent à l'article 168 du présent règlement intérieur.



sacs, bagages, sachets et paquets. À cet effet, le Directeur du Centre Hospitalier peut décider de refuser l'accès à l'établissement à toute personne qui refuserait de se prêter à ces contrôles.

170.2 Les dispositions spécifiques

- **L'accès des associations conventionnées**

Les associations doivent veiller à ce que leurs activités au sein du Centre Hospitalier ne portent pas atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier et à veiller au respect, par leurs bénévoles et/ou leurs salariés, des règlements en vigueur au sein de l'établissement.

Une association qui fait du prosélytisme religieux ou commercial ou porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier par son action ou par celle de l'un ou de plusieurs de ses membres pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

Le Centre Hospitalier mettra fin à la collaboration avec une association ne respectant pas les règlements et les dispositions juridiques applicables en vigueur.

- **L'accès des bénévoles agissant pour le compte des associations**

Le Centre Hospitalier facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à ses proches, ou développer des activités à leur intention. Ces interventions sont organisées à la demande ou avec l'accord de ces derniers, et dans le respect des règles de fonctionnement du Centre Hospitalier et des activités médicales et paramédicales.

Suivant leur activité, les bénévoles peuvent bénéficier d'un badge d'accès nécessaire à leur intervention sur leur temps de présence. Ce badge est à récupérer au poste de sécurité contre une pièce d'identité. Le poste de sécurité tient un registre nominatif des prêts de badge à cet effet.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales, ou bien pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.



Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Les bénévoles ne peuvent en aucun cas effectuer des actions de prosélytisme, notamment religieux ou commercial.

Un bénévole qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

- **L'accès aux stagiaires extérieurs**

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels doivent faire l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier et l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires bénéficient d'un badge d'accès nominatif nécessaire à leur activité. Ce badge est à récupérer au poste de sécurité et à y déposer à la fin de la période de stage.

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

Le stagiaire qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

- **L'accès des prestataires extérieurs**

Les conditions de l'accès des prestataires extérieurs doivent être prévues en amont de leur intervention et dès la rédaction du cahier des charges du marché.

Les conditions d'accès à leur lieu d'intervention doivent être précisées de façon adaptée à leur champ d'activité et suivies par le responsable du marché du pôle ou de la direction impliquée.

Aucun prestataire ne peut se voir confier tout moyen d'accès sans aucun contrôle préalable et une organisation adaptée garantissant le respect des règles du Centre Hospitalier tout en permettant au prestataire de réaliser ses missions.



Les professionnels du Centre Hospitalier référents de chaque prestataire sont garants du respect des règles et usages de chaque employé du prestataire. Ils auront la responsabilité de tous les moyens et outils mis à la disposition du prestataire.

Suivant leur activité, les prestataires extérieurs peuvent bénéficier d'un badge d'accès nécessaire à leur intervention sur leur temps de présence. Ce badge est à récupérer au poste de sécurité contre une pièce d'identité. Le poste de sécurité tient un registre nominatif des prêts de badge à cet effet.

Le prestataire extérieur qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès au Centre Hospitalier.

- **L'accès des professionnels de presse**

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production et des artistes est conditionné à une autorisation écrite du Directeur du Centre Hospitalier, selon la portée du sujet, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier. Pour les mineurs, l'accord du représentant légal est nécessaire. Pour les majeurs protégés, l'accord du tuteur est nécessaire, avec l'autorisation du juge au besoin s'il y a une atteinte grave à l'intimité de la personne. Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient.

Les paroles et les images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le Centre Hospitalier ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.



- **L'accès des visiteurs médicaux et des personnes exerçant des métiers de promotion de produits de santé**

Les visiteurs médicaux et les personnes exerçant des métiers de promotion des produits de santé doivent s'engager à se conformer à la charte de bonne pratique des métiers de promotion des produits de santé en vigueur au sein du Centre Hospitalier. Les professionnels commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne sont pas autorisés à rencontrer les professionnels dans les zones de soins et de consultations ainsi que les étudiants. Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales dans le cadre de protocoles de recherche ou lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire, par exemple dans le cas d'une formation sur des appareils ou des équipements spécifiques. L'accès de ces professionnels commerciaux et des visiteurs médicaux s'effectue uniquement dans le cadre de visites collectives ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre le Centre Hospitalier et l'employeur de la personne concernée. Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par le Centre Hospitalier et être identifiables. En cas de non-respect de ces dispositions, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au visiteur médical ou à l'entreprise qu'il représente.

- **L'accès des visiteurs**

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur du Centre Hospitalier sur avis des Chefs de service concernés.

Le Directeur du Centre Hospitalier définit les horaires et les modalités de visite, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. Les horaires peuvent varier suivant les spécificités médicales des services.

Les horaires des visites sont de 13 heures à 20 heures. Toute entrée dans le Centre Hospitalier est interdite après 21 heures, en dehors du service des urgences.

Toute personne souhaitant réintégrer le site après 21 heures doit se signaler à l'interphone présent à l'entrée principale de l'établissement.



Les sorties s'effectuent par le hall d'accueil de l'établissement. Toute sortie après 21 heures s'effectue par l'activation d'une commande manuelle accessible à proximité des portes de sortie.

En dehors des horaires de visite, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, sur prescription médicale :

- pour des motifs d'état de santé du patient ;
- lorsque le patient est un mineur de moins de 15 ans.

Le droit aux visites peut être restreint suivant certaines situations :

- pour des motifs liés à l'état de santé général du patient, des restrictions peuvent concerner l'accès de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès de visiteur dans certaines unités médicales ;
- pour les patients placés sous surveillance de la Police ;
- en période d'épidémie.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités de soins concernés.

Les visiteurs doivent respecter l'intimité du patient et les conditions de la bonne exécution des soins. À ce titre, les visiteurs sont priés de sortir de la chambre pendant la réalisation des soins par les professionnels hospitaliers. Les visiteurs doivent respecter le cas échéant les consignes données par les professionnels hospitaliers concernant la prise en soin du patient et ne pas intervenir directement dans la prise en soins

Les patients peuvent demander au cadre de santé responsable du service, de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront, d'avoir accès à leur chambre.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le bon fonctionnement du service.

L'attention particulière des visiteurs est appelée lors de leurs allées et venues et sorties de l'établissement envers les autres patients. Toutes situations pouvant interpeler sur la situation d'un patient étant par exemple désorienté dans l'espace et/ou dans le temps, étant incohérent, ayant chuté ou bien étant isolé, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement,



doit être impérativement signalée au cadre de santé du service, aux hôtesse d'accueil ou bien aux professionnels du service de sécurité présents à l'entrée de l'établissement.

ARTICLES R. 1112-47 À R.1112-48 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **L'accès aux animaux**

Sauf besoin de service ou autorisation spéciale, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte du Centre Hospitalier est interdite.

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les animaux domestiques sont autorisés dans le cadre des conditions suivantes :

- l'accueil de chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité ;
- les résidents en EHPAD peuvent accueillir un animal de compagnie après évaluation et sur autorisation de la direction et du médecin coordonnateur ;
- l'accueil de chiens lors d'une médiation dans le cadre de la Charte de partenariat Police-Justice.

ARTICLE R. 1112-48 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- **L'interdiction d'accès à toute personne non autorisée**

L'accès au sein du Centre Hospitalier des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique.

Si ces personnes pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur du Centre Hospitalier, dans les chambres et locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils seront immédiatement exclus.

Aucune enquête, notamment téléphonique, ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur du Centre Hospitalier. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

De plus, toute personne non autorisée, dès lors qu'elle n'a pas le statut de patient, usager du service public hospitalier ou de visiteur, ne peut s'introduire dans les services du Centre Hospitalier sans avoir au préalable sollicité l'autorisation du Directeur du Centre Hospitalier.



Article 171. **L'interdiction de dissimulation du visage**

Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage.

L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public. Par conséquent sont interdites à toute personne présente le Centre Hospitalier, les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, masque, casque, etc.) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe à la prévention des risques liés à l'identité-vigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les professionnels hospitaliers et de sécurité de l'établissement invitent les personnes dissimulant leur visage à le découvrir. En cas de refus, il sera fait appel immédiatement aux forces de l'ordre, et un signalement pourra être effectué auprès des autorités judiciaires.

LOI N°2010-1192 DU 11 OCTOBRE 2010 INTERDISANT LA DISSIMULATION DU VISAGE DANS L'ESPACE PUBLIC ARTICLE R. 645-14
DU CODE PÉNAL

Chapitre 30. **Les règles relatives à l'interdiction de fumer, à l'usage de vapotage, à l'alcool et de stupéfiants**

Article 172. **L'interdiction de fumer et de vapoter**

Il est interdit de fumer et vapoter de jour comme de nuit dans l'ensemble des espaces clos et couverts du Centre Hospitalier, et en dehors des espaces réservés à cet usage et signalés comme tels.

Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité, y compris en soins de suite, soins de longue durée et au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).



Cette interdiction concerne, les espaces d'accueil et de réception, les espaces affectés à la restauration collective, les bureaux individuels et collectifs, les salles de réunion et de formation, les salles et espaces de repos, les espaces réservés aux loisirs, à la culture et au sport ; ainsi que tous les espaces médicaux et sanitaires (salles de soins, blocs opératoires, zone de stockage de matériel, etc.).

Cette interdiction concerne l'ensemble des chambres des patients et espace de prise en soin.

Une signalisation apparente, accompagnée d'un message sanitaire de prévention, rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les professionnels, le principe de l'interdiction de fumer et de vapoter.

Des zones fumeurs et de vapotage identifiées à l'extérieur de l'établissement sont réservées à cet usage au sein de chaque site du Centre Hospitalier. Chacun doit de préserver l'environnement de ces espaces afin d'en assurer la sécurité et la propreté. À ce titre, les mégots et les déchets doivent être déposés dans les contenants (cendriers et poubelles) prévus à cet effet.

Annexe 4 : Engagements des professionnels en matière de développement durable et de sécurité incendie

Tout contrevenant s'expose à des sanctions pénales en cas de manquement à cette interdiction. Les professionnels hospitaliers s'exposent également à des sanctions disciplinaires en cas de manquement à cette interdiction.

DÉCRET DU 15 NOVEMBRE 2006 FIXANT LES CONDITIONS D'APPLICATION DE L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES LIEUX AFFECTÉS
À UN USAGE COLLECTIF

CIRCULAIRE DU 27 NOVEMBRE 2006 RELATIVE AUX CONDITIONS D'APPLICATION DE L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES LIEUX À
USAGE COLLECTIF

CIRCULAIRE DU 8 DÉCEMBRE 2006 RELATIVE À LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE
SANTÉ

ARTICLE 28 DE LA LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016 DÉCRET N°2017-633 DU 25 AVRIL 2017 RELATIF AUX CONDITIONS
D'APPLICATION DE L'INTERDICTION DE VAPOTER DANS CERTAINS LIEUX À USAGE COLLECTIF.



Article 173. Les dispositions générales relatives à la consommation d'alcool et de stupéfiants

Il est interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées ou des produits stupéfiants dans les différents espaces, intérieurs et extérieurs, du Centre Hospitalier.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne en état d'ébriété ou d'ivresse, ou sous l'emprise de stupéfiants, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Dans le cas de découverte de petites quantités de stupéfiants, révélant uniquement la toxicomanie du patient, le respect des déontologies médicales et soignantes s'applique et il n'y a pas lieu de signaler directement auprès des autorités judiciaires la personne détentrice de stupéfiants. En présence du Cadre de santé du service ou de garde, le professionnel du service de sûreté procède à la saisie des stupéfiants, les dépose dans un coffre dédié présent au bureau des entrées, et renseigne le registre de conservation des armes de catégorie D et substances illicites. En cas de refus du patient de céder les stupéfiants, une intervention des forces de l'ordre est sollicitée. Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, sollicite le commissariat de police de Carcassonne afin que la police nationale récupère auprès du Responsable sécurité, les produits saisis contre décharge sur le registre prévu à cet effet, sans qu'il ne soit divulgué l'identité du détenteur.

Dans le cas de découverte de quantité importante (plusieurs dizaines de grammes), laissant présumer l'organisation d'un trafic, le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, est avisé sans délai de l'incident et de l'identité du patient détenteur, et en avise le commissariat.

Article 174. L'interdiction de consommation d'alcool et de stupéfiants pour les professionnels du Centre Hospitalier

Il est strictement interdit pour les professionnels intervenant au sein de l'établissement de consommer de l'alcool et/ou des stupéfiants, sur leur lieu de travail, ou d'être sous l'emprise de ces derniers à leur prise de poste.

En cas de suspicion d'état d'ébriété ou de consommation de stupéfiant, l'agent peut être adressé au Service de Prévention et de Santé au Travail (SPST) pour bilan adapté et évaluation de l'aptitude au poste. Il peut être fait recours à un alcootest ou un test salivaire par le service de santé au travail. En cas de refus de l'agent de se soumettre à l'alcootest,



l'agent sera susceptible d'être sanctionné et il existera une présomption d'état d'ébriété de l'agent. Avec l'accord du professionnel concerné, il peut être procédé à une prise de sang au sein du service de santé au travail. En cas de résultat positif, le professionnel hospitalier est immédiatement retiré de son poste de travail. En cas de non-respect des dispositions relatives à l'interdiction de consommation d'alcool et de stupéfiants pour les professionnels du Centre Hospitalier, le professionnel s'expose à des sanctions disciplinaires.

En dehors des heures d'ouverture du service de santé au travail, les éthylotests et tests salivaires peuvent être réalisés par un encadrant.

Chapitre 31. Les règles de sécurité de fonctionnement

Les professionnels hospitaliers sont tenus de strictement observer les règles de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins du patient. Ces règles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'établissement engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Article 175. La recherche de la maîtrise des risques

Le Directeur du Centre Hospitalier prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients, des visiteurs et des professionnels hospitaliers.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement de l'établissement, le Directeur du Centre Hospitalier définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernées.



Le Directeur du Centre Hospitalier informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes de l'application des plans d'actions et de prévention.

Le Directeur du Centre Hospitalier organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Le Directeur du Centre Hospitalier prévoit un programme visant à former les professionnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt, et notamment en cas de dommage lié aux soins.

Article 176. **La sécurité incendie**

176.1 La sécurité générale et registre de sécurité

Le Centre Hospitalier est assujéti au règlement de sécurité contre l'incendie relatifs aux établissements recevant du public ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc.) doivent être conformes aux dispositions de la loi relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

Le plan de l'établissement est mis à jour régulièrement en concertation avec les services d'incendie et de secours. Les plans d'évacuation et les consignes à tenir en cas d'incendie sont affichés dans les couloirs des services.

Le Centre Hospitalier doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la bonne marche du service de sécurité. Ces renseignements sont communiqués à la Commission de sécurité compétente lors des visites périodiques de contrôle et des visites inopinées. Ces renseignements concernent en particulier :

- l'état du personnel chargé du service d'incendie ;
- les diverses consignes, générales et particulières, établies en cas d'incendie ;
- les dates des divers contrôles et vérifications ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu ;



- les dates des travaux d'aménagement et de transformation, leur nature, les noms du ou des entrepreneurs et, s'il y a lieu, de l'architecte ou du technicien chargés de surveiller les travaux ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des professionnels, changement d'affectation des locaux, sinistres, etc.

Tout changement ou modification d'affectation d'un local doit faire l'objet d'une appréciation au regard des risques incendie, de l'hygiène et de la sécurité au travail par approbation et régularisation auprès du Responsable de la direction Patrimoine et Logistique du Centre Hospitalier.

DÉCRET N°2009- 1119 DU 16 SEPTEMBRE 2009

ARRÊTE DU 10 DÉCEMBRE 2004 PORTANT APPROBATION DE DISPOSITIONS COMPLÉTANT ET MODIFIANT LE RÈGLEMENT DE SÉCURITÉ CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC : ERP TYPE U
ARTICLES R. 4141-1 À R. 4141-4 DU CODE DU TRAVAIL

DÉCRET N°82-453 DU 28 MAI 1982 RELATIF À L'HYGIÈNE ET À LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL AINSI QU'À LA PRÉVENTION MÉDICALE
DANS LA FONCTION PUBLIQUE

176.2 La formation des professionnels

L'ensemble des professionnels hospitaliers est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie.

En cas d'incendie, les professionnels sont tenus de se conformer aux consignes de sécurité prévues et affichées à chaque entrée et issue de service.

La formation à la sécurité incendie est une formation obligatoire une fois par an, dont aucun professionnel ne saurait être exempté.

Les professionnels hospitaliers doivent veiller en permanence :

- à la vacuité des circulations et des issues de secours en évitant tout encombrement de matériel ; il est notamment interdit de maintenir en position ouverte les portes coupe-feu équipées de ferme porte ;
- à limiter le potentiel calorifique dans les locaux en évacuant régulièrement les cartons, les emballages, et matériels inutilisés.



L'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier est tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement et de prendre connaissance des plans et des consignes en cas d'alarme incendie et d'évacuation.

Toute personne présente au sein de l'établissement doit obéir aux injonctions des professionnels habilités et formés en cas d'alarme incendie et d'évacuation.

Article 177. **La sécurité technique**

La sécurité technique comprend, sur les différents sites, la surveillance, le suivi et le contrôle des alarmes techniques, la disponibilité permanente des groupes électrogènes, de la distribution électrique et des fluides médicaux.

La continuité du service électrique vise notamment à assurer le secours de l'ensemble des blocs opératoires et des appareils de maintenance et de suppléance en fonctionnement dans les services de soins du Centre Hospitalier.

Les prises de secours, repérables à leur partie rouge, alimentées par des équipements techniques d'Alimentations Sans Interruption (onduleurs), sont exclusivement affectées à cet effet et ne sauraient en aucun cas être débranchées et utilisées à d'autres fins.

Le Directeur du Centre Hospitalier organise 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. Un électricien est physiquement présent 24 heures sur 24 afin d'assurer la continuité des interventions techniques pour l'ensemble des structures du Centre Hospitalier.

Article 178. **La sécurité informatique**

L'établissement est doté d'une PSSI (Politique de Sécurité des Systèmes d'Information), qui est composée d'un ensemble de documents. Les professionnels hospitaliers sont tenus de respecter la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information conformément aux dispositions de la charte du système d'information et du bon usage des postes informatiques.

Annexe 8 : Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du Centre Hospitalier de Carcassonne

LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE, DITE « LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »



Article 179. **La nature de la voirie hospitalière**

Les voies de circulation et places de stationnement du Centre Hospitalier font parties du domaine public de l'établissement.

Ces voies sont strictement réservées à la circulation des professionnels hospitaliers et de transport sanitaire, des patients et usagers, des véhicules du réseau des transports en commun de la ville de Carcassonne et des personnes spécialement autorisées par le Directeur du Centre Hospitalier.

Article 180. **Les dispositions générales d'accès**

L'accès dans l'enceinte du Centre Hospitalier est réservé aux patients, à leurs accompagnants et visiteurs et à l'ensemble des professionnels y exerçant.

Les voies de desserte et aires de stationnement établies à l'intérieur de l'enceinte des divers établissements du Centre Hospitalier, de leurs dépendances constituent des installations affectées au service public hospitalier. Elles présentent le caractère de dépendances du domaine public, et sont interdites à toute autre personne, sauf autorisation spéciale délivrée par le Directeur du Centre Hospitalier.

Les dispositions du Code de la route sont rendues applicables dans le but de préserver le bon fonctionnement du service public hospitalier ainsi que la sécurité des personnes et des biens. Ces mesures concernent l'ensemble des aires situées dans l'enceinte du Centre Hospitalier et sur les sites extérieurs.

Quel que soit le véhicule utilisé, les conducteurs sont tenus de respecter les règles d'accès, de circulation et de stationnement et d'éviter les comportements générateurs de bruit ou de dégradation des espaces verts.

L'usage des Engins de Déplacement Personnel Motorisés (EDPM), de type trottinettes électriques, skates, gyroroues, etc., est réservé aux voies de circulation, dans les conditions prévues par le Code de la route. L'usage des Engins de Déplacement Personnel Motorisés ainsi que celui des vélos est strictement interdit dans les couloirs et locaux du Centre Hospitalier.



Les accès aux urgences et les voies d'approvisionnement logistique du Centre Hospitalier constituent des flux prioritaires matérialisés. Toute gêne occasionnée sur ces trajets pourra faire l'objet d'une action appropriée par le Directeur Centre Hospitalier, ou son représentant.

L'accès et la sortie des flux logistiques internes et externes se font exclusivement par l'entrée logistique chemin de la madeleine.

Les véhicules sanitaires ainsi que les taxis accompagnant des patients pour des hospitalisations ou consultations, sont tenus d'emprunter l'accès qui leur est réservé et de stationner sur le parking P9, leur étant dédié.

Article 181. **Les dispositions générales de stationnement et de circulation**

Les capacités de stationnement sur le site sont limitées. La priorité est progressivement donnée à l'accueil des patients : urgences, patients couchés en cours d'hospitalisation, patients de l'ambulatoire et consultants, puis professionnels hospitaliers et visiteurs.

L'établissement peut utiliser tout moyen pour assurer la régulation et le contrôle de l'accès aux places de stationnement, notamment le gardiennage.

Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains professionnels, sous validation de la Direction du Centre Hospitalier.

Les usagers des parkings veillent, en se stationnant, à ne pas entraver la circulation routière, les cheminements piétons, les voies de transport en commun, les pistes cyclables et à ne pas dégrader les espaces verts ou espaces non dédiés au stationnement.

Dans l'enceinte du Centre Hospitalier et des sites extérieurs, l'arrêt et le stationnement sont interdits et considérés comme gênants en dehors des emplacements matérialisés, sur les voies de circulation et de desserte des bâtiments et sur les emplacements réservés aux véhicules d'urgence.

Le Directeur du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de l'ordre, ou à la fourrière ou de faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des biens ou des personnes ou, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.



Sous la responsabilité du Directeur du Centre Hospitalier, les professionnels d'accueil et de sécurité sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Chacun est tenu de les appliquer sans délai, sous peine de sanction et / ou poursuite.

Le Centre Hospitalier dispose de plusieurs parkings :

- P1 à P6 et P15 : Patients et Visiteurs
- P7 : Internat
- P8 : Véhicules de service
- P9 : Ambulatoires – Hospitalisations
- P10 : Chambre mortuaire
- P11 : Médecins
- P12, P13, P14 : Personnel
- P17 : Réservé
- P18 : Établissement Français du Sang
- P19 : Hémodialyse
- P20 : AIDER
- P21 : Direction

Ne sont pas autorisés dans l'enceinte des établissements du Centre Hospitalier:

- les véhicules des riverains, et des personnes qui n'ont pas la qualité d'usager du service public hospitalier ;
- l'utilisation des parkings pour faire du caravanning.

Les parkings réservés aux professionnels sont accessibles continuellement.

Les personnels qui sont en horaire de nuit doivent se garer sur les parkings P12 pour des raisons de sécurité.

Annexe 9 : Plan et signalétique des parkings



Article 182. La limitation de la responsabilité du Centre Hospitalier en matière de stationnement et de circulation

L'autorisation de circuler et de stationner ne saurait engager la responsabilité du Centre Hospitalier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

Chapitre 32. Liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture

Article 183. Les dispositions générales des liens de coopération avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture

Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Il avise l'Officier de Police Judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte d'un patient. D'une manière générale, le Directeur du Centre Hospitalier s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Le Centre Hospitalier s'engage à travailler dans une démarche de coopération accrue avec l'ensemble des institutions publiques du territoire afin d'assurer la sécurité des patients, des résidents, des accompagnants et visiteurs, et de l'ensemble des professionnels intervenant au sein du Centre Hospitalier ; ainsi que la sécurité des biens du Centre Hospitalier et des personnes qu'il accueille.

À ce titre, une charte de partenariat est signée entre le Centre Hospitalier de Carcassonne, la Préfecture, la Justice, la Police et la Gendarmerie, et la Maison d'arrêt. Cette charte prévoit les modalités de coopération entre ces différentes institutions publiques, dans le respect des règles de chacun. Elle prévoit des procédures à destination des professionnels hospitaliers pour les dossiers nécessitant le recours aux forces de l'ordre et aux autorités judiciaires.



Article 184. **Les règles de responsabilités du Centre Hospitalier de Carcassonne**

La mise en œuvre par le Centre Hospitalier de mesures de protection et de surveillance pour éviter la survenue de tout événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

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

Au regard des faits, le Centre Hospitalier assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des professionnels hospitaliers qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur du Centre Hospitalier porte plainte pour les dommages subis par le Centre Hospitalier.

Dans l'hypothèse où un professionnel hospitalier agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur du Centre Hospitalier, en application du Code de Procédure Pénale, peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

Article 185. **Les dispositions générales en cas de vol et dégradation**

185.1 Les vols ou dégradations au préjudice d'un patient, d'un visiteur ou d'un membre du personnel hospitalier

En cas de vol ou de dégradation, la victime dépose plainte auprès de l'autorité compétente. Une réquisition pourra ensuite être faite par cette autorité pour accéder à la vidéo-protection.

Après avoir informé de leur venue l'administrateur de garde et le médecin chef de service, les fonctionnaires de Police peuvent se déplacer auprès du patient hospitalisé afin de recevoir sa plainte.

En cas de crime ou de délit flagrant, un professionnel du service de sûreté se rend sans délais auprès de la personne concernée pour procéder à une médiation puis, après avoir informé



le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, à son isolement dans un espace adapté en attente de l'arrivée ou des directives des forces de l'ordre. L'évènement est inscrit dans la main courante du professionnel du service de sûreté.

185.2 Les vols ou dégradations au préjudice du Centre Hospitalier

Tout vol ou dégradation préjudiciable fait l'objet par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, d'un dépôt de plainte auprès du commissariat de police de Carcassonne.

- **Les vols de produits stupéfiants**

Tout vol de médicament classé comme stupéfiant, fait l'objet par le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, d'une déclaration aux services de Police.

Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, informe l'Agence Régionale de Santé.

- **Les vols d'ordonnances et de tampons**

Toute personne constatant le vol d'ordonnancier et/ou de tampons informe le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant.

Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, informe le Conseil de l'Ordre des médecins et des pharmaciens, l'Agence Régionale de Santé, ainsi que les services de Police aux fins de dépôt de plainte.

Article 186. Les dispositions générales en cas de troubles à l'ordre public

Lorsqu'un patient, un accompagnant ou un visiteur présente un comportement inadapté et perturbe le bon fonctionnement du service public hospitalier, un professionnel du service de sécurité intervient pour procéder à une médiation et à une dissuasion, afin que la personne concernée retrouve un comportement adapté.

Si le patient, l'accompagnant ou le visiteur présente un comportement inadapté persistant, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant prend, avec l'accord du Médecin Chef de service, ou de son représentant, les mesures appropriées pouvant aller jusqu'à l'expulsion de la personne concernée par les faits. Dans le cas où le patient,



l'accompagnant ou le visiteur refuse de quitter l'établissement ou bien présente un comportement menaçant, une intervention des forces de l'ordre est sollicitée.

L'expulsion d'un patient, d'un accompagnant ou d'un visiteur du Centre Hospitalier s'effectue avec discrétion afin de ne pas compromettre le bon fonctionnement du service, le calme et la tranquillité des autres patients, accompagnants et visiteurs, ainsi que des professionnels hospitaliers.

La procédure d'hospitalisation d'office peut s'appliquer au sein même de l'établissement dans le cas où le patient, l'accompagnant ou le visiteur présente des troubles mentaux compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes.

ARTICLE L. 3213-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 187. **Les dispositions générales en cas d'infraction pénale**

L'infraction doit avoir été commise au sein de l'enceinte du Centre Hospitalier et mettre en cause soit un professionnel de l'établissement (professionnel permanent ou effectuant des missions de service public hospitalier), soit un tiers à l'établissement.

Dès lors que des éléments probants laissant présumer l'existence d'une infraction sont identifiés, un professionnel du service de sûreté se rend sans délais auprès de la personne soupçonnée des faits pour procéder à une médiation puis, à son isolement dans un espace adapté en attente de l'arrivée ou des directives des forces de l'ordre. Un document de traçabilité est établi à cet effet et une information est faite au Directeur du Centre Hospitalier ou à son représentant.

Il procède sans délais à un signalement de suspicion d'infraction pénale auprès du Procureur de la République, s'assure que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

La dénonciation supposée suivie d'une mise hors de cause de l'auteur suspecté n'entraîne pas de risque de poursuite pour dénonciation calomnieuse.



Article 188. **Les dispositions générales relatives aux armes et substances dangereuses**

L'introduction d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques, ou toutes autres substances dangereuses est strictement interdite au sein du Centre Hospitalier.

En cas de découverte d'une arme à feu, d'un objet incendiaire ou explosif ou de toute arme présentant un danger particulier (armes tranchantes telles que les couteau, cutters et/ou contondantes telles que les bâtons, matraques, poings américains), le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant, est avisé sans délai de l'incident et de l'identité du patient détenteur.

Sans aucun délai, en présence du Cadre de santé du service ou de garde, l'arme à feu, l'objet incendiaire ou explosif ou l'arme présentant un danger particulier, est saisie par un professionnel du service de sûreté et est déposée au coffre dédié présent au bureau des entrées. Le professionnel du service de sûreté renseigne le registre de conservation des armes de catégorie D et substances illicites. En cas de refus du patient de céder l'arme ou la substance dangereuse, une intervention des forces de l'ordre est sollicitée.

Le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, sollicite l'intervention des forces de l'ordre afin que l'arme soit sécurisée et que les vérifications nécessaires soient diligentées concernant le patient détenteur.

L'arme n'est pas restituée au patient lors de sa sortie. La remise aux forces de l'ordre s'établit dans le respect du secret médical dans la mesure où le nom du patient n'est pas mentionné. Le responsable sécurité sollicite à échéances régulières le commissariat de Carcassonne pour procéder au retrait des armes de catégorie D saisies, et procéder à leur destruction administrative.

Article 189. **La situation de suicide au sein du Centre Hospitalier**

Lors du constat d'une situation de suicide au sein du Centre Hospitalier, le corps n'est pas déplacé avant l'arrivée de la police et les lieux sont préservés en l'état de « gel des lieux » ; sauf nécessité de porter immédiatement secours à un malade dont la mort ne serait pas certaine et constatée.

Le Directeur du Centre Hospitalier ou le cadre administratif de garde sont immédiatement informés de la situation afin de prévenir les services de police.



Le médecin chef de service, ou son représentant, rédige un rapport détaillé de la situation et le transmet au Directeur du Centre Hospitalier.

Le Médecin de garde du service, en se conformant aux dispositions de l'article 81 du Code Civil, avise l'Officier de Police Judiciaire territorialement compétent, sans préjudice de la constatation par ses soins d'un obstacle médico-légal à l'inhumation.

Sur un plan pratique, un minimum de personnes pénètre dans la pièce. Les personnes concernées restent à la disposition des enquêteurs dès les premières constatations.

Si le patient est une personne détenue, le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant informe du décès le Directeur de la Maison d'arrêt.

Article 190. **Le patient présentant des signes de radicalisation**

Lorsqu'un professionnel hospitalier collecte les confidences d'un patient qui a un lien familial ou est proche d'une personne en voie de radicalisation ou radicalisée, il lui conseille de contacter le Centre National d'Assistance de Prévention et de Radicalisation et lui communique les coordonnées.

Lorsqu'un professionnel hospitalier soupçonne qu'un patient ou son accompagnant est dans une situation de radicalisation ou en voie de radicalisation, il informe sans délais le Médecin Chef de service, ou son représentant. Ce dernier, après consultation du patient ou identification de l'accompagnant, procède à une déclaration de la situation au service compétent de la Préfecture de l'Aude. Si la situation est identifiée comme étant urgente, le Médecin Chef de service, ou son représentant, informe l'administrateur de garde qui réalise sans délais un signalement auprès du Procureur de la République et du service compétent de la Préfecture de l'Aude.

Article 191. **La protection des professionnels hospitaliers**

La commission d'infractions au détriment des professionnels hospitaliers ou de l'établissement public appelle une intervention rapide des forces de l'ordre afin de rétablir l'ordre public et de pouvoir procéder immédiatement aux investigations indispensables à l'exercice de poursuites judiciaires.



Les Médecins ainsi que l'ensemble des professionnels hospitaliers sont spécialement protégés par la loi contre les menaces, violences, actes d'intimidation et outrages, non seulement en qualité de personnes exerçant une mission de service public mais désormais en qualité de personnes exerçant une activité médicale.

En cas d'atteintes aux personnes (violences, menaces, outrages, agression, etc.) ou aux biens (dégradations, vols), le Directeur du Centre Hospitalier, ou son représentant, sollicite sans délai les forces de l'ordre afin de permettre aux enquêteurs dépêchés sur place de procéder à l'interpellation du ou des auteurs des infractions, de recueillir l'identité des témoins et des victimes, voire de procéder à leur audition sur carnet de déclaration dans la mesure du possible, de saisir tout indice éventuel et prendre des clichés en rapport avec l'infraction commise (effraction, dégradations, etc.).

Le professionnel hospitalier victime des faits peut déposer plainte directement auprès des services compétents et informe le Directeur du Centre Hospitalier de cette démarche. Conformément aux dispositions de statut général de la fonction publique, le Directeur du Centre Hospitalier peut faire assister le professionnel hospitalier victime selon la nature et l'importance du préjudice subi.

Si le professionnel hospitalier victime craint pour sa sécurité, il peut demander à déclarer comme domicile l'adresse du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie ou du Centre Hospitalier. Le Procureur de la République autorise une telle domiciliation.

Sous réserve des nécessités de service, le Directeur du Centre Hospitalier facilite la mise à disposition du professionnel hospitalier victime afin que ce dernier dispose du temps nécessaire à son audition auprès des services concernés.

Le Procureur de la République avise le Directeur du Centre Hospitalier du résultat de l'enquête sur les faits commis au préjudice des professionnels hospitaliers exerçant sous sa responsabilité.

ARTICLES 222-8 ET SUIVANTS, 433-3 ET 433-5 DU CODE PÉNAL, ET 706-57 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNAL



Article 192. **Les perquisitions, saisies et réquisition**

Le Centre Hospitalier de Carcassonne dispose d'un service de traitement de l'information médicale et d'analyse médico-économique (SIM) dont le secrétariat assure la liaison administrative des perquisitions, saisies et réquisition au sein de l'établissement et des organismes externes.

192.1 La perquisition

La perquisition dans le cabinet d'un médecin (on peut y assimiler les services hospitaliers), qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une enquête ou d'une information judiciaire, ne peut être effectuée que par un Magistrat, juge d'instruction ou Procureur de la République ou selon les cas, en présence d'un des membres du Conseil Départemental de l'ordre des médecins qui le représente.

Toutefois, des perquisitions et saisies ne concernant pas l'état de santé d'un patient, ni son dossier médical (fouille de chambre, de local technique, de véhicule) restent soumises au droit commun et ne réclament pas la présence, ni l'accord d'un médecin ou d'un représentant de l'ordre des médecins.

192.2 La remise volontaire sur réquisition

Pour éviter la publicité et le désagrément d'une perquisition, la saisie d'un dossier médical peut intervenir sur réquisition des Magistrats ou d'un Officier de Police Judiciaire délégué à cette fin cette fois avec l'accord du médecin qui sera expressément recueilli et joint à la procédure. Toutefois, le médecin peut s'y opposer.

En cas de remise volontaire sur réquisition, la présence d'un représentant de l'ordre des médecins n'est pas obligatoire mais pourra être sollicitée par le médecin réquisitionné si cela lui paraît utile.

Il est du devoir des Médecins de faciliter la saisie des dossiers médicaux en procédant eux-mêmes aux recherches nécessaires, hormis les cas de perquisitions, de manière à éviter la divulgation de renseignements étrangers à l'affaire.

L'arrêté du 5 mars 2004 et l'article R. 710-2-2 du Code de la santé publique, issu du Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 énumèrent les documents contenus obligatoirement dans le



dossier médical (liste non exhaustive). Les notes personnelles ne sont pas communicables au malade mais font parties intégrantes du dossier médical.

ARTICLE 77-1-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

ARRÊTÉ DU 5 MARS 2004 ET L'ARTICLE R 710-2-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, ISSU DU DÉCRET N° 2002-637 DU 29 AVRIL 2002

192.3 La saisie d'un dossier médical sur commission rogatoire

Un Officier de Police Judiciaire muni d'une commission rogatoire délivrée par un Juge d'instruction, peut procéder à la saisie d'un dossier médical sous certaines conditions :

- présence d'un représentant du conseil de l'ordre des médecins (sollicité par les enquêteurs) ;
- présence du chef de service ou d'un médecin désigné par lui, présence d'un représentant de la direction.

Le dossier est placé sous scellé et un procès-verbal est rédigé par l'Officier de Police Judiciaire et signé par les personnes présentes.

L'enquêteur peut prendre contact avec le Directeur Adjoint du service des perquisitions afin d'organiser la remise du dossier.

192.4 La réquisition : examens techniques ou scientifiques, certificats médicaux

Dans le cadre d'une enquête pénale, lorsqu'il est nécessaire de procéder à des constatations d'ordre médical ou à des examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être différés (prise de sang, examen de la victime, examen clinique médical, examen psychiatrique, etc.), le Juge d'instruction ou le Procureur de la République ou les Officiers de Police Judiciaire ont recours à toutes personnes qualifiées.

La réquisition doit être écrite et nominative à l'attention du Directeur du Centre Hospitalier.

L'original de la réquisition sera remis ou adressé par voie postale à la personne requise, accompagné le cas échéant d'un mémoire de frais permettant son indemnisation.

Les personnes requises prêtent serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et leur conscience, dans le cas où elles ne sont pas inscrites sur une liste d'experts. Les



Médecins et personnes appelées à prêter leur concours ont l'obligation de déférer à ces réquisitions sous peine d'amende.

Le médecin ne peut refuser de répondre à ces réquisitions que dans quatre hypothèses :

- s'il est le médecin traitant de la personne à examiner (article 105 du Code de déontologie médicale) ;
- s'il est parent de cette personne ;
- s'il estime que la personne concernée n'est pas en état de subir l'examen ou le prélèvement demandé ;
- s'il estime ne pas avoir la compétence nécessaire.

Les résultats de l'examen sont communiqués dans les plus brefs délais sous forme de certificat et si nécessaire oralement à l'autorité requérante.

ARTICLES 60 ET 77-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE, ARTICLE 74 CONCERNANT LES EXAMENS DE CADAVRES ET AUTOPSIES

ARTICLE L 4163-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET R.642-1 DU CODE PÉNAL

Article 193. **Les témoignages en justice des professionnels du Centre Hospitalier**

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec leur activité professionnelle, les professionnels hospitaliers préviennent le Directeur du Centre Hospitalier ou son représentant et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

Sous réserve des nécessités de service, le Directeur du Centre Hospitalier facilite la mise à disposition du professionnel hospitalier témoin afin que ce dernier dispose du temps nécessaire à son audition auprès des services concernés.

Article 194. **Le Plan Vigipirate**

Le Directeur du Centre Hospitalier est responsable de la déclinaison de la posture Vigipirate. Il l'exécute par voie de prescriptions générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements.



Ces mesures sont destinées à développer une culture de la sécurité, déployer un système de niveaux qui renforce la capacité de réponse du Centre Hospitalier en application du volet santé du plan Vigipirate et à mettre en œuvre des mesures renforçant l'action gouvernementale dans la lutte contre le terrorisme et la radicalisation.

Les mesures particulières sont conformes à l'actualisation semestrielle de la posture Vigipirate déclinée en 3 niveaux.

Ces mesures sont applicables à toutes personnes présentes sur les différents sites du Centre Hospitalier et font l'objet d'une nomenclature spécifique.



PARTIE 8.

Les dispositions relatives au règlement intérieur



Chapitre 33. La procédure d'adoption du règlement intérieur

Article 195. L'adoption du règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le Directeur du Centre Hospitalier après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT), de la Commission Médicale d'Établissement (CME), du Comité Social d'Établissement (CSE), et du Conseil de Surveillance (CS).

Le règlement intérieur prend effet, ainsi que les mises à jour qui lui seront apportées, à compter de la date arrêtée par le Directeur du Centre Hospitalier.

Article 196. L'opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier.

Il s'impose à l'ensemble des professionnels hospitaliers, étudiants ou stagiaires intervenant au sein du Centre Hospitalier, ainsi qu'aux usagers du service public (patients, résidents), aux accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs) et à tous les intervenants extérieurs dans le cadre d'une mission ou prestation ponctuelle.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

ARTICLES L. 1112-3, L. 6143-1, R. 6144-1, R. 6144-40 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 197. La mise à disposition et la communication du règlement intérieur

197.1 La mise à disposition pour les usagers et les tiers

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne qui le souhaite, laquelle peut le consulter en adressant sa demande à la Direction du Centre Hospitalier.

Le présent règlement intérieur est disponible dans son intégralité sur le site internet du Centre Hospitalier.



197.2 La mise à disposition pour les professionnels exerçant au sein du Centre Hospitalier

Tout professionnel intervenant au sein du Centre Hospitalier est informé à la signature de son contrat de travail ou d'intervention de l'existence du présent règlement intérieur et de son obligation d'application.

Tout professionnel est ainsi informé de la mise à disposition de ce présent règlement intérieur dans la base documentaire du site intranet de l'établissement ou sur son site internet.

Chapitre 34. Les modalités de modification du règlement intérieur

Article 198. Les modalités de révision du règlement intérieur

Les dispositions du présent règlement intérieur sont susceptibles d'être actualisées et révisées en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires applicables, le règlement intérieur mis à jour sera arrêté par le Directeur du Centre Hospitalier après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), de la Commission Médicale d'Établissement (CME), du Comité Social d'Établissement (CSE), et du Conseil de Surveillance (CS).

Les modifications à apporter au règlement intérieur du Centre Hospitalier sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

ARTICLES L. 1112-3, L. 6143-1, L. 6143-7, R. 6144-1, R. 61440-40 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



PARTIE 9. Annexes

Annexe 1 : Charte d'incitation à la déclaration	270
Annexe 2 : Charte de réponses des experts aux événements indésirables	271
Annexe 3 : Bonnes pratiques de déclaration des événements indésirables	272
Annexe 4 : Engagements des professionnels en matière de développement durable et de sécurité incendie	273
Annexe 5 : Charte de la personne hospitalisée.....	276
Annexe 6 : Charte Romain Jacob	277
Annexe 7 : Charte de Bientraitance du Centre Hospitalier	278
Annexe 8 : Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du Centre Hospitalier de Carcassonne	279
Annexe 9 : Plan et signalétique des parkings.....	296



Annexe 1 : Charte d'incitation à la déclaration

Charte du signalement responsable

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients et / ou résidents, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la qualité et la sécurité des soins.

L'établissement souhaite améliorer la visibilité de ces événements afin d'entretenir la conscience des risques liés à nos activités et d'apporter les mesures correctives nécessaires.

1 - La sécurité et la qualité des prestations rendues par notre établissement de santé sont la préoccupation première de chaque professionnel.

2 - La visibilité des risques liés aux différentes activités de l'établissement, en particulier en matière de soins, est un engagement de tous.

3 - Il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai, tout événement indésirable, ou fait susceptible d'évoquer une situation de maltraitance

4 - Constitue un événement indésirable tout événement susceptible de mettre en péril la sécurité d'une personne (personne accueillie, public, personnel) et perturbant les missions premières de l'établissement.

5 - Constitue une erreur médicamenteuse, toute une omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte survenant au cours du processus de soins et impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient ou résident.

6 - Constitue un fait de maltraitance tout acte ou comportement incompatible avec les principes et engagements de bientraitance à l'œuvre au sein de la structure.

7 - Aucune mesure de rétorsion, de quelque nature que ce soit, ne saurait être prise à l'encontre de l'agent ayant fait un signalement. Cette immunité ne saurait toutefois être maintenue dans le cas d'un manquement délibéré ou réitéré aux règles de sécurité.

8 - Tout signalement d'un événement indésirable ou d'un fait de maltraitance entraînera la réalisation d'une analyse des risques, conséquences et causes qui lui sont potentiellement liées et conduira à la définition et à la mise en œuvre de mesures correctives adaptées.

9 - Chaque Evènement Indésirable Grave (EIG) fera l'objet d'une déclaration et d'un retour d'expérience présenté à la cellule qualité et gestion des risques de l'établissement.

10 - Ce dispositif d'incitation au signalement interne participe à la mise en œuvre de la culture positive de l'erreur dans notre établissement.





Annexe 2 : Charte de réponses des experts aux événements indésirables

**CENTRE HOSPITALIER**
CARCASSONNE

JE RÉPONDS AUX ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES SELON LES BONNES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients et / ou résidents, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la qualité et la sécurité des soins.

La déclaration se porte bien et pour qu'elle se poursuive, des bonnes pratiques doivent être mises en œuvre pour obtenir des réponses rapides, adaptées et efficaces.

1. LA FICHE D'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE N'EST UN MOYEN DE DÉLATION

2. LA FICHE D'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE N'EST PAS UN RÈGLEMENT DE COMPTE ENTRE COLLÈGUE OU SERVICE

3. J'APPORTE UNE RÉPONSE CLAIRE ET ARGUMENTÉE À LA DÉCLARATION

4. LES RÉPONSES CONTENANT DES SIGLES, PONCTUATIONS NE SERONT PAS VALIDÉES

5. JE NE RÉPONDS PAS PAR DES MENACES OU RÉPONSES HORS SUJET

6. JE N'APPORTE PAS DE JUGEMENT DE VALEUR SUR LE DÉCLARANT OU LA DÉCLARATION

7. JE PRÉCISE AVEC BIENVEILLANCE L'INTERLOCUTEUR À DÉSIGNER EN CAS D'ERREUR D'ORIENTATION

8. JE PRÉCISE LES EXPERTS À AJOUTER OU À INFORMER

9. JE FAVORISE LA PARTICIPATION DU DÉCLARANT OU DE L'ÉQUIPE CONCERNÉE AUX RETOURS D'EXPÉRIENCE POTENTIELLEMENT ORGANISÉS

10. J'APPORTE UNE RÉPONSE DANS UN DÉLAI RAISONNABLE

MERCI DE VOTRE IMPLICATION ET VOTRE ENGAGEMENT





Annexe 3 : Bonnes pratiques de déclaration des événements indésirables

JE DECLARE UN EVENEMENT INDESIRABLE SELON LES BONNES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients et / ou résidents, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la qualité et la sécurité des soins.

La déclaration est en constante évolution. Pour qu'elle perdure, elle se doit d'être bienveillante et à visée protectrice des professionnels, des patients et résidents de notre établissement.

1. JE DÉCLARE SPONTANÉMENT SANS DÉLAI.

2. LA FICHE D'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE N'EST UN MOYEN DE DÉLATION.



3. LA FICHE D'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE N'EST PAS UN RÈGLEMENT DE COMPTE ENTRE COLLÈGUE OU SERVICE.



4. LES DÉCLARATIONS D'ERREURS, DYSFONCTIONNEMENTS OU MANQUEMENTS, NE SONT PAS NÉCESSAIREMENT CONSTITUTIFS D'UNE FAUTE.



5. LE DÉCLARANT DOIT ÊTRE OBJECTIF : LE SIGNALEMENT REPOSE SUR DES FAITS. TOUTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE FACTUELLE ET CONSTRUCTIVE. JE NE DOIS PAS INTERPRÉTER LES FAITS.

6. JE DOIS ÊTRE DISCRET À L'ÉGARD DES INFORMATIONS PORTÉES À MA CONNAISSANCE DANS LE CADRE DE LA DÉCLARATION.



7. JE DOIS ÊTRE EFFICACE EN DÉCLARANT : JE DOIS ÊTRE AUSSI EXHAUSTIF QUE POSSIBLE EN PERMETTANT L'IDENTIFICATION DE L'ENSEMBLE DES RISQUES LIÉS À L'ACTIVITÉ ET EN ÉVITANT QUE CES RISQUES SE REPRODUISENT.

8. JE N'APPORTE PAS DE JUGEMENT DE VALEUR.



9. JE DÉCLARE TOUT RISQUE LIÉ AUX DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.

10. JE DÉCLARE TOUT ÉVÈNEMENT IMPLIQUANT UN MÉDICAMENT À L'ORIGINE D'UN RISQUE POUR LE PATIENT OU RÉSIDENT.



11. JE DÉCLARE TOUT FAIT DE MALTRAITEMENT, ACTE OU COMPORTEMENT INCOMPATIBLES AVEC LES ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT.

12. JE SOLICITE MA PARTICIPATION AUX RETOURS D'EXPÉRIENCE POTENTIELLEMENT ORGANISÉS EN LIEN AVEC L'ÉVÈNEMENT.



13. J'AI LA CERTITUDE DE NE PAS ÊTRE INQUIÉTÉ SAUF EN CAS DE MANQUEMENT DÉLIBÉRÉ OU RÉPÉTÉ AUX RÈGLES DE SÉCURITÉ.



CENTRE HOSPITALIER
CARCASSONNE



Annexe 4 : Engagements des professionnels en matière de développement durable et de sécurité incendie

 CENTRE HOSPITALIER Carcassonne	ENGAGEMENTS DES PROFESSIONNELS EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE SÉCURITÉ INCENDIE / ANNEXE AUX FICHES DE POSTE		
INS-602/1	Instruction	Date application : 27/09/2023 10:31:29	



Sécurité incendie

L'agent doit suivre obligatoirement le programme de formation à la lutte contre l'incendie et à l'évacuation en place dans l'établissement et être en capacité de :

→ connaître :

- les règles de prévention face au risque d'incendie,
- le matériel destiné à la défense incendie dans son service,

→ réaliser les actions réflexes en présence d'un départ de feu, à l'aide de la fiche réflexe qu'il conserve en permanence à proximité,

→ connaître dans son service, l'emplacement de :

- la coupure d'urgence de l'électricité,
- la coupure d'urgence des gaz médicaux,

→ réaliser le transfert horizontal des patients, des usagers et du personnel en cas d'incendie dans son service ou dans un service voisin.



Développement durable



Le Centre Hospitalier (CH) de Carcassonne est un établissement **engagé en matière de développement durable** et **certifié ISO 14001** pour son site principal MCO.

Parce que la réussite de ces démarches repose sur les actions de chacun de nous, quel que soit notre métier ou quelle que soit notre fonction, il est demandé à tous les personnels d'accorder de l'importance à ces sujets et de participer à ces démarches vertueuses.

La lecture de la **politique développement durable 2022-2027**, accessible sur le site Internet du CH (rubrique « L'hôpital » puis « Développement Durable ») est un prérequis.

La déclinaison concrète de ces engagements se traduit via les **actions quotidiennes suivantes** :



- préserver la ressource en eau et la biodiversité, ne pas polluer (attention aux produits chimiques) ;
- participer aux efforts de sobriété énergétique liés au chauffage et au rafraîchissement des locaux ;
- trier les déchets selon les règles en vigueur, afin d'optimiser la valorisation de ceux-ci ;
- consommer le juste besoin ;
- agir dans ses relations avec autrui selon des principes favorisant la qualité de vie au travail.



Concernant le **volet environnemental**, 3 sujets sensibles ont été mis en exergue :



1) la présence de **mégots** de au sol, en dehors des cendriers



2) le tri des **déchets**



3) le recours à des modes de **déplacements** « vertueux » (vélo, covoiturage...)



N'hésitez pas à nous communiquer **vos besoins et attentes en matière d'environnement et de développement durable** via l'adresse suivante : developpement.durable@ch-carcassonne.fr



Annexe 5 : Charte de la personne hospitalisée



Ministère de la Santé
et des Solidarités

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Édition 2006 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé - Avril 2006



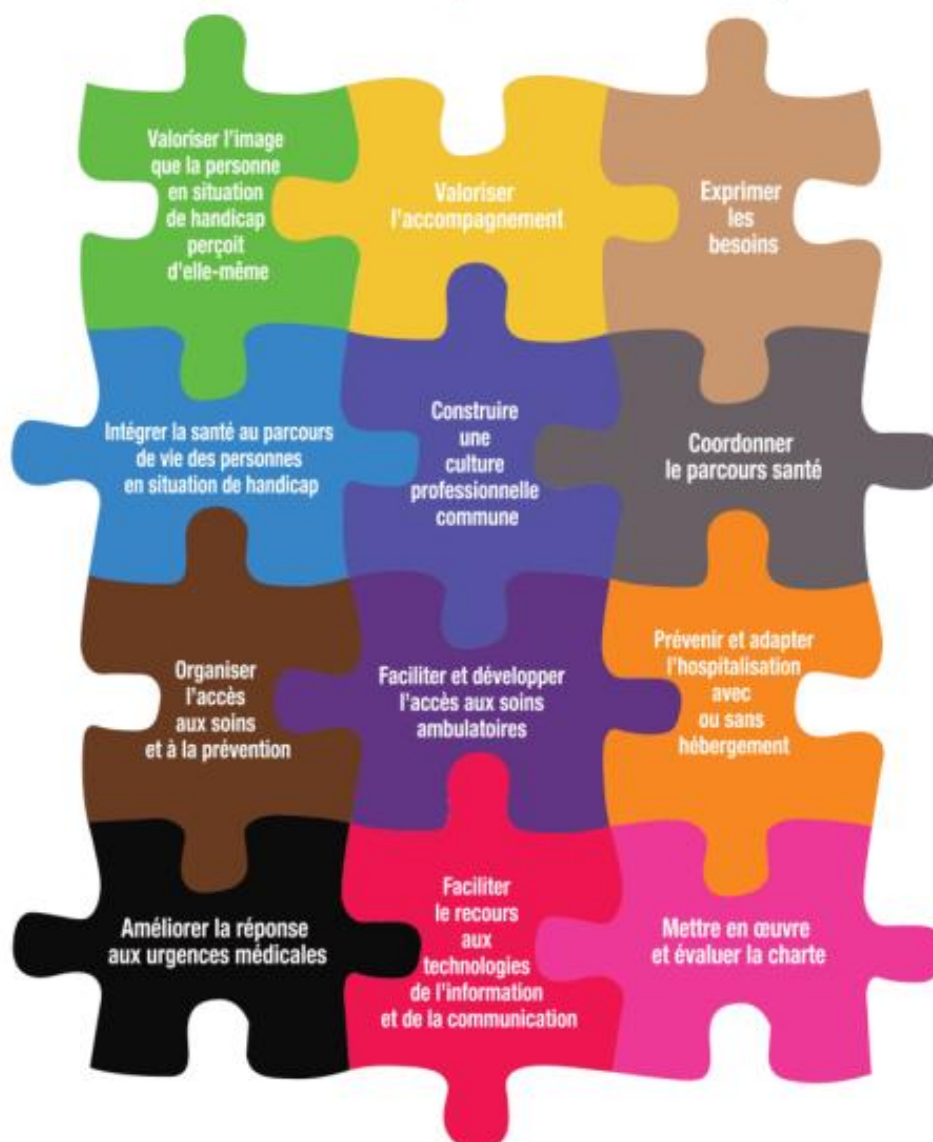
Annexe 6 : Charte Romain Jacob



CENTRE HOSPITALIER
Carcassonne

CHARTE ROMAIN JACOB

Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap



Accès charte détaillée



Accès version audio

Handidactique

M. Pascal JACOB,
Président



M. Didier JAFFRE,
Directeur Général de l'ARS Occitanie

FIP_191 V01 03/2023



Annexe 7 : Charte de Bientraitance du Centre Hospitalier



CENTRE HOSPITALIER
CARCASSONNE

CHARTRE DE BIENTRAITANCE
PRENDRE SOIN

PRODIGUER des soins de qualité
Partager le savoir-faire, favoriser la formation.

RESPECTER les droits et libertés individuelles
Communiquer sur les droits des patients dans l'établissement.

ÉCOUTER avec attention et empathie
Être dans une écoute active et adapter son langage au patient.

NOUER un climat de sécurité et de confiance
Instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre.

DONNER du sens au soin
Respecter l'intimité, l'intégrité physique et psychologie et les différences de chacun, en tenant compte du degré d'autonomie.

RÉAGIR avec professionnalisme
Créer un climat de confiance et de confidentialité avec et pour le patient.
Savoir faire appel à un autre professionnel en cas de divergence.

ÉCLAIRER nos pratiques professionnelles d'un regard éthique
Respecter la frontière fragile entre maltraitance et bienveillance pour chaque patient.

SOUTENIR la personne soignée et ses proches
Instaurer des solutions de prises en charge pérennes et respectueuses des équilibres familiaux.

OFFRIR l'accès au soin pour tous sans discrimination
Accepter la personne sans jugement de valeur.

IMPLIQUER la personne soignée dans sa prise en charge
Promouvoir l'éducation thérapeutique dans le projet de soin.

NÉGOCIER un projet de soin individualisé
Offrir une prise en charge adaptée à la pathologie et/ou son handicap.



Annexe 8 : Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du Centre Hospitalier



CENTRE HOSPITALIER
Carcassonne

CHARTRE DE SECURITE DE L'INFORMATION DU CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE

Version 5 du 16/12/2020

SUIVI DES MODIFICATIONS

VERSION	DATE	NATURE DE LA MODIFICATION
4	12/03/2015	Mise en conformité de la charte en regard des prérequis du programme Hôpital Numérique. Validation par la Direction Générale, la Commission médicale de l'Etablissement et la Commission Technique d'Etablissement.
5	16/12/2020	Mise en conformité de la charte en regard des prérequis RGPD



SOMMAIRE

1.	OBJET DU DOCUMENT	3
2.	CHAMP D'APPLICATION ET PROCEDURES DE DIFFUSION	3
2.1	Personnel de l'établissement	4
2.2	Accès par des tiers aux systèmes d'information du CH	4
2.2.1.	Fournisseurs titulaires d'un marché	5
2.2.2.	Fournisseurs hors marché	5
3.	DEFINITIONS	5
4.	CADRE RÉGLEMENTAIRE	5
5.	CRITÈRES FONDAMENTAUX DE LA SÉCURITÉ	6
5.1.	Principes	6
5.2.	Une mission sécurité	7
5.3.	Un enjeu technique et organisationnel	7
5.4.	Une gestion des risques	7
6.	RÈGLES DE SÉCURITÉ	7
6.1.	Accès au SIH	7
6.2.	Confidentialité de l'information et obligation de discrétion	8
6.3.	Protection de l'information	9
6.4.	Usage des ressources informatiques	9
6.5.	Usage des outils de communication	10
6.5.1	Usage du téléphone et du fax	10
6.5.2	Usage d'Internet / Intranet	10
6.5.3	Usage de La messagerie électronique :	11
6.5.4	Accès au SIH en dehors de l'établissement	12
6.6	Usage des logins et des mots de passe (ou de cartes CPS ou équivalent)	12
6.7.	Droits et devoirs des administrateurs des systèmes informatiques	13
6.7.1.	Missions des administrateurs	13
6.7.2.	Disponibilité des données et du système informatique	13
6.7.3.	Confidentialité des données	13
6.7.4.	Contrôle de l'utilisation du système informatique	13
6.7.5.	Accès à distance	13
6.8.	Sécurité physique des bâtiments	13
6.9.	Image de marque de l'établissement	14
7.	PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL	14
7.1.	Droits des utilisateurs	14
7.2.	Devoirs des utilisateurs	15
8.	SURVEILLANCE DU SYSTÈME D'INFORMATION	16
8.1.	Contrôle	16
8.2.	Traçabilité	16
8.3.	Alertes	16
9.	RESPONSABILITÉS ET SANCTIONS	17



1. OBJET DU DOCUMENT

Le Centre Hospitalier de Carcassonne met en œuvre un système d'information et de communication nécessaire à son activité, comprenant notamment un réseau informatique et téléphonique, ainsi que des équipements informatiques fixes et mobiles.

Les salariés, dans l'exercice de leurs fonctions, sont conduits à accéder et à utiliser lesdits équipements informatiques, ainsi que les systèmes d'information et de communication mis à leur disposition.

L'utilisation du système d'information et de communication doit être effectuée exclusivement à des fins professionnelles, sauf exception prévue dans la présente charte.

Par ailleurs, des tiers au Centre Hospitalier de Carcassonne (salariés suivis, prestataires externes, partenaires...) peuvent également avoir accès aux équipements informatiques et aux systèmes d'information et de communication du CH.

Cette charte a pour objectifs :

- de sensibiliser les utilisateurs aux risques liés à la sécurité informatique en matière de libertés et de vie privée, notamment à travers les traitements de données à caractère personnel qu'ils sont amenés à effectuer ;
- d'informer les utilisateurs sur :
 - les usages permis des moyens informatiques mis à sa disposition ;
 - les règles de sécurité en vigueur ;
 - les mesures de contrôle prises par le Centre Hospitalier de Carcassonne ;
 - les sanctions éventuellement encourues par les utilisateurs ;
- de formaliser les règles générales de sécurité que les utilisateurs s'engagent à respecter, en contrepartie de la mise à disposition des systèmes d'information et des équipements informatiques, et ainsi de déterminer les droits et devoirs des utilisateurs.

Ces règles s'inscrivent dans une démarche responsable afin de protéger d'une part le patrimoine informationnel et l'image de marque du Centre Hospitalier de Carcassonne, et d'autre part les libertés et la vie privée des personnes concernées que sont les salariés du Centre Hospitalier et les tiers en lien avec le Centre Hospitalier (salariés suivis, prestataires externes, partenaires...).

Le Responsable des systèmes d'information (RSI) ou le Directeur des systèmes d'information (DSI), la Direction Générale (DG) et le Délégué à la protection des données personnelles (DPD) ou le DPO (Data Protection Officer) se tiennent à la disposition des utilisateurs qui souhaiteraient disposer d'informations ou de conseils complémentaires relatifs à l'usage des systèmes d'information et des équipements informatiques.

Cette Charte a été validée par la Direction générale de l'établissement. Préalablement, elle a été notifiée à sa mise en œuvre à la Commission Médicale d'Etablissement. Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de l'établissement et est juridiquement opposable aux utilisateurs qui sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et affichée dans les locaux de l'établissement de santé.

2. CHAMP D'APPLICATION ET PROCEDURES DE DIFFUSION

La présente charte concerne l'ensemble des moyens informatiques et de communication électronique qui sont mis à la disposition des utilisateurs à des fins professionnelles exclusivement, ainsi que l'ensemble des moyens informatiques et de communication électronique qui sont la propriété personnelle de l'utilisateur, et pour lesquels celui-ci a obtenu une autorisation d'utilisation dans le cadre de son activité professionnelle.

Les systèmes d'information et de communication du Centre Hospitalier sont notamment constitués des éléments suivants :



- ordinateurs portables ou fixes,
- ordinateurs de bureau et terminaux (clients légers),
- Terminaux Multimédia (TMM)
- périphériques (y compris clés USB),
- réseaux informatiques (serveurs, routeurs, connecteurs, bornes WIFI),
- photocopieurs,
- télécopieurs,
- téléphones (fixes et portables) et smartphones,
- tablettes électroniques,
- logiciels,
- fichiers informatiques et bases de données,
- espaces de stockage individuel,
- messagerie,
- connexions internet, intranet, extranet.

Cette Charte s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement de santé, tous statuts confondus, et concerne notamment les agents permanents ou temporaires (stagiaires, internes, doctorants, prestataires, fournisseurs, sous-traitants, ...) utilisant les moyens informatiques de l'établissement et les personnes auxquelles il est possible d'accéder au système d'information à distance directement ou à partir du réseau administré par l'établissement. Toute demande de dérogation aux différents éléments définis dans le cadre de la présente Charte doit être présentée par écrit au responsable des systèmes d'information (RSI). La décision finale est ensuite prise en concertation avec la direction générale qui se réserve le droit d'accepter ou de refuser les demandes de dérogation.

Les procédures de diffusion et d'acceptation de la présente charte sont les suivantes :

2.1. Personnel de l'établissement

L'acceptation de la charte est réalisée :

- lors de l'arrivée du personnel dans l'établissement et de son passage par les services des ressources humaines ou des affaires médicales ;
- la remise en main propre de la charte à chaque agent ;
- et par la signature par chaque agent d'une attestation de prise de connaissance de cette charte.

Pour les anciens agents n'ayant pas signé d'attestation, une note d'information a été publiée sur l'Intranet et communiquée par courriel à tous les agents. Cette note d'information informe de l'existence de cette charte et une recommandation forte pour en prendre connaissance.

À chaque mise à jour de la charte, une note d'information est publiée sur l'Intranet et les agents en sont tous informés par courriel.

2.2. Accès par des tiers aux systèmes d'information du Centre Hospitalier

Tout utilisateur extérieur au Centre Hospitalier ne peut avoir accès aux systèmes d'information de l'établissement que moyennant une autorisation expresse préalable délivrée par le RSI et s'engage, dès lors, à respecter l'ensemble des dispositions de la présente charte.



2.2.1. Fournisseurs titulaires d'un marché

Pour chaque marché publié la charte est communiquée en annexe du CCTP avec les mentions suivantes :

- « Le titulaire s'engage à respecter la charte informatique annexée au présent CCTP... »
- « Le personnel des fournisseurs n'a pas obligation de signer la charte. Chaque titulaire est tenu responsable d'avoir transmis à son personnel la présente charte et des agissements de son personnel. »

Pour les marchés en cours d'exécution, une note d'information a été transmise à tous les responsables des titulaires les avertissant de l'existence de l'acceptation implicite de cette dernière sans préavis ni réserve spécifique.

À chaque mise à jour de la charte, une note d'information avec la charte en pièce jointe est transmise par courriel à chaque titulaire de marché en cours d'exécution.

2.2.2. Fournisseurs hors marché

Les fournisseurs traités hors marché font l'objet d'un traitement au cas par cas compte tenu du faible nombre de fournisseurs ayant un accès au SIH et donc concerné par la présente charte. Le processus mis en place consiste donc pour le responsable de ces fournisseurs à solliciter le RSSI si un accès au SIH est réalisé.

Pour les fournisseurs en cours, un inventaire a été réalisé en date de rédaction de la présente charte en version 5, et aucune attestation n'a été requise.

3. DEFINITIONS

Dans la présente Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- Système d'Information Hospitalier (SIH) : ensemble constitué d'ordinateurs, de serveurs, de réseaux interconnectés, de logiciels, de données immatérielles, de périphériques nécessaires, ainsi que l'organisation, les processus et les ressources associées pour assurer son maintien en condition opérationnel.
- Ressources informatiques : les moyens informatiques, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par l'entité.
- Outils de communication : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, forum, etc.).
- Utilisateurs : les personnes (internes ou externes) ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les services internet de l'établissement.
- Administrateur : toute personne qui administre les serveurs et les machines dépendantes directement du service informatique ainsi que les personnes habilitées par le service.

4. CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est présenté dans la PGSSI (cf. chapitre 2.1. Cadre Juridique). Néanmoins, les grands thèmes sont les suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
- Le traitement de données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
- Le traitement de données personnelles de santé ;



- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales ;
- L'hébergement de données médicales ;
- Le secret professionnel et le secret médical ;
- La signature électronique des documents ;
- Le secret des correspondances ;
- La lutte contre la cybercriminalité ;
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

D'une façon générale, la présente Charte d'accès et d'usage du Système d'Information tient compte :

- de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs ;
- du secret professionnel qui est général et absolu. La mort du malade ne délivre ni le médecin, ni aucun membre du personnel de cette obligation.

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout membre du personnel du Centre Hospitalier quel que soit son métier, son grade, qu'il soit soignant ou non. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du personnel dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

5. CRITÈRES FONDAMENTAUX DE LA SÉCURITÉ

5.1. Principes

L'établissement de santé héberge des données et des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médicotechniques, ...), sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, ...), et la comptabilité.

L'information se présente sous de multiples formes : stockée sous forme numérique sur des supports informatiques, imprimée ou écrite sur papier, imprimée sur des films (images), transmise par des réseaux informatiques privés ou internet, par la poste, oralement et/ou par téléphone, ...

Du fait de la collecte de données et du traitement de celles-ci réalisés, le CH s'engage, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires qui s'imposent à lui et dans le respect du principe de proportionnalité édicté par le RGPD, à mettre en œuvre toutes les mesures organisationnelles et techniques utiles afin de préserver la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des Données, ainsi que la sécurité de son système d'information et de communication, sur le plan technologique et procédural, afin notamment d'empêcher toute modification, tout transfert et toute suppression non-autorisés des Données, et toute intrusion non-autorisée dans son système d'information ou son endommagement.

La sécurité de l'information est caractérisée comme étant la préservation de :

- Sa disponibilité : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin ;
- Son intégrité : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie ;
- Sa confidentialité : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder ;



- Sa traçabilité : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

5.2. Une mission sécurité

Le Centre Hospitalier de Carcassonne fournit un système d'information qui s'appuie sur une infrastructure informatique. Elle doit assurer la mise en sécurité de l'ensemble c'est-à-dire protéger ces ressources contre des pannes, des erreurs ou des malveillances. Elle doit aussi protéger les intérêts économiques de l'établissement en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins. Elle doit donc définir et empêcher les abus.

5.3. Un enjeu technique et organisationnel

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins, le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.

Pour cela, le Centre Hospitalier de Carcassonne déploie un ensemble de dispositifs techniques mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité. Toutefois, le premier risque reste le risque humain lié aux traitements et aux manipulations des Données par les Utilisateurs, et par l'utilisation par ces derniers du système d'information et de communication et des outils qui y sont liés.

Par conséquent, la mise en place d'outils de sécurité ne doit pas dispenser les utilisateurs de signaler toute tentative d'intrusion extérieure, de falsification ou de présence de virus au responsable des systèmes d'information.

Tout utilisateur a la charge, à son niveau, de contribuer à la sécurité des moyens mis à sa disposition et du réseau auquel il a accès, principalement en évitant l'intrusion de virus susceptibles d'endommager le système d'information de l'établissement.

5.4. Une gestion des risques

L'information médicale et comptable, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients et de gestion globale de l'établissement. Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer une perte de chance pour le patient (exemples : erreur dans l'identification d'un patient (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, ...) et des impacts financiers (recettes en baisse, détournements de fonds, ...). De même, la sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses de risques potentiels, de suivis d'incidents, de dispositifs d'alertes. La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion. La présente Charte s'inscrit dans ce plan de communication.

6. RÈGLES DE SÉCURITÉ.

6.1. Accès au SIH

L'accès à la totalité du système d'information (comme la messagerie électronique ou téléphonique, les sessions sur les postes de travail, le réseau, certaines applications ou services interactifs) est protégé par des paramètres de connexion (identifiant, mot de passe).



Une demande préalable écrite est ainsi requise pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques.

Chaque utilisateur reçoit un droit d'accès individuel qui se matérialise par un code utilisateur un mot de passe, un badge ou carte.

Ces paramètres sont personnels à l'utilisateur et doivent être gardés confidentiels. Ils permettent en particulier de contrôler l'accès des utilisateurs. Ils ne doivent être communiqués à personne, ni responsable hiérarchique, ni informatique. Dans la mesure du possible, ces paramètres doivent être mémorisés par l'utilisateur et ne pas être conservés, sous quelque forme que ce soit. En tout état de cause, ils ne doivent pas être transmis à des tiers ou aisément accessibles. Ils doivent être saisis par l'utilisateur à chaque accès et ne pas être conservés en mémoire dans le système d'information.

Chaque utilisateur doit s'identifier personnellement et ne peut utiliser l'identité d'autrui (même avec l'accord de ce dernier).

Ce droit d'accès cesse automatiquement lors de la cession, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte.

6.2. Confidentialité de l'information et obligation de discrétion

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et 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.

Article 226-13 (Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002) :

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.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux propres à l'utilisateur, publics ou partagés, dans un cadre strict ou réglementé (à titre d'exemple, les données médicales ne sont accessibles qu'aux personnes habilitées et ceux dans le cadre de la prise en charge des patients). Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courriers électroniques dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités s'effectue par simple login et mot de passe. Conformément au cadre réglementaire, l'usage de la carte CPS et CPE sera prochainement généralisé pour l'accès aux données de santé.

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.

Chaque utilisateur s'engage à respecter les règles de la déontologie informatique et notamment à ne pas effectuer intentionnellement des opérations qui pourraient avoir pour conséquences :



- de masquer sa véritable identité ;
- de s'approprier le mot de passe d'un autre utilisateur ;
- de regarder, modifier ou détruire des informations appartenant à d'autres utilisateurs sans leur autorisation ;
- de perturber le bon fonctionnement des systèmes informatiques et du réseau que ce soit par des manipulations anormales du matériel ou par l'introduction de logiciels non autorisés ou parasites connus sous le nom générique de virus ;
- de rendre accessible à des tiers des données et informations confidentielles pour lesquelles ils n'ont pas d'autorisation ;
- de se connecter ou d'essayer de se connecter sur un serveur sans y avoir été autorisé par les responsables habilités.

6.3. Protection de l'information

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux). Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux hébergés dans des salles protégées. De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, smart phone, ...) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue d'un voisin de train ... ; le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, disquette, clé, disque dur, ...). Aucune donnée de santé à caractère personnel des patients ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail.

Les médias de stockage amovibles (exemples : clefs USB, CD-ROM, disques durs ...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données. Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance. L'établissement se réserve le droit de limiter voire d'empêcher l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques.

L'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles à une personne qui en ferait la demande et qu'il ne connaîtrait pas, même s'il s'agit d'une adresse électronique interne à l'établissement. Des procédures sont prévues à cet effet.

D'une manière générale, l'information ne peut être communiquée qu'aux personnes dûment habilitées à la recevoir.

6.4. Usage des ressources informatiques

Seules des personnes habilitées de l'établissement de santé (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et plus globalement d'installer de nouveaux matériels informatiques.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources (matériels, réseaux, ...) mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des personnes habilitées de l'établissement (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté).



Les logiciels commerciaux acquis par l'établissement ne doivent pas faire l'objet de copies de sauvegarde par l'utilisateur, ces dernières ne pouvant être effectuées que par les personnes habilitées de l'établissement.

Chaque utilisateur s'engage à prendre soin du matériel et des locaux informatiques mis à sa disposition. Il informera le service informatique de toute anomalie constatée.

L'utilisateur doit s'efforcer de n'occuper que la quantité d'espace disque qui lui est strictement nécessaire et d'utiliser de façon optimale les moyens de compression des fichiers dont il dispose.

Les utilisateurs doivent périodiquement effectuer des sauvegardes de leurs données, ou de façon préférable, il leur est conseillé de travailler directement sur un serveur sur lequel leur sera alloué un répertoire de travail dont le contenu sera sauvegardé quotidiennement.

Un utilisateur ne devra jamais quitter son poste de travail sans se déconnecter ou verrouiller sa session.

L'utilisateur qui contreviendrait aux règles précédemment définies s'expose au retrait de son compte informatique ainsi qu'aux poursuites, disciplinaires et pénales, prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

L'usage de matériel personnel (tablette, smartphone, ...) connecté au SIH doit en préalable faire l'objet d'une autorisation du Service Informatique pour identifier le plus clairement possible les actions autorisées ou non et ainsi organiser sur mesure l'utilisation du matériel numérique personnel par l'agent dans l'exercice de ses fonctions, comme par exemple :

- Imposer des conditions de sécurités au salarié (antivirus, protection matérielle des terminaux contre le vol...) ;
- Désigner la propriété des données professionnelles contenues dans l'interface personnelle (au cours de l'exécution du contrat de travail et à son terme.) ;
- Etablir précisément ce qui relève de la vie personnelle ou de la vie professionnelle du salarié ;
- Préciser les modalités de contrôle et les sanctions encourues...

6.5. Usage des outils de communication

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

6.5.1. Usage du téléphone et du fax

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Il ne faut ainsi communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement. Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires de patients ou professionnels.



La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, ...) aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

6.5.2. Usage d'Internet / Intranet

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et à ne pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur, ...) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur l'Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement.

Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public, aux bonnes mœurs ou à l'image de marque de l'établissement, ainsi qu'à ceux pouvant comporter un risque pour la sécurité du système d'information du Centre Hospitalier ou engageant financièrement celle-ci.

Tous les accès Internet sont tracés et enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Ces dispositifs font l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL. La finalité de l'usage de ces dispositifs de journalisation n'est pas de porter atteinte au droit au respect de la vie privée des utilisateurs, mais plus à des fins d'investigation en cas d'incident de sécurité grave et avéré.

Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment des sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

Le RSI, pour des raisons de sécurité, peut limiter ou prohiber l'accès à certains sites. Celui-ci est habilité à imposer des configurations du navigateur et à restreindre le téléchargement de certains fichiers.

6.5.3. Usage de La messagerie électronique

L'usage de la messagerie est autorisé à l'ensemble du personnel. La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement.

Les messages électroniques reçus sur la messagerie professionnelle font l'objet d'un contrôle antiviral et d'un filtrage anti-spam. Les utilisateurs sont invités à informer la direction informatique des dysfonctionnements qu'ils constateraient dans ce dispositif de filtrage.



Les utilisateurs doivent garder à l'esprit que leurs messages électroniques peuvent être stockés, réutilisés, exploités à des fins auxquelles ils n'auraient pas pensé en les rédigeant, constituer une preuve ou un commencement de preuve par écrit, valoir offre ou acceptation de manière à former un contrat entre l'hôpital et son interlocuteur.

L'attention des utilisateurs est attirée sur le fait qu'un message électronique a la même portée qu'un courrier manuscrit et peut rapidement être communiqué à des tiers. Il convient de prendre garde au respect d'un certain nombre de principes, afin d'éviter les dysfonctionnements du système d'information, de limiter l'envoi de messages non sollicités et de ne pas engager la responsabilité civile ou pénale du Centre Hospitalier et/ou de l'utilisateur.

Tout message envoyé ou reçu depuis votre messagerie professionnelle est supposé avoir un caractère professionnel, sauf s'il est clairement identifié comme étant personnel (avec l'indication « Personnel » ou « Privé » en objet) ou classé dans un répertoire « Personnel ».

L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocantes et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image. Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

Lors de son départ de l'établissement, l'utilisateur doit respecter la procédure de départ et remettre l'ensemble des moyens informatiques et de communication électronique qui lui ont été remis (ordinateur, périphériques, mobile, carte d'accès, moyen d'authentification à distance, badges, supports de stockage, etc.) en bon état général de fonctionnement et ne conserver aucun matériel ou aucune donnée permettant d'accéder au système d'information. De plus, l'utilisateur s'interdit, avant son départ, de détruire des informations et des données professionnelles.

6.5.4. Accès au SIH en dehors de l'établissement

Le présent article concerne l'accès et l'utilisation des systèmes d'information du Centre Hospitalier, de ses ressources, et des moyens de communication par l'utilisateur lorsque celui-ci est situé en-dehors du site physique de l'établissement.

L'ensemble des dispositions de la présente charte sont applicables aux utilisateurs accédant aux systèmes d'information et de communication du Centre Hospitalier à distance.

6.6. Usage des logins et des mots de passe (ou de cartes CPS ou équivalent)

Chaque utilisateur dispose de compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est strictement interdit d'usurper une identité en utilisant ou en tentant d'utiliser le compte d'un autre utilisateur ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information.



Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur dispose soit d'un login et d'un mot de passe, soit d'une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres)

Le mot de passe choisi doit être robuste (8 caractères minimum, mélange de chiffres, lettres et caractères spéciaux), de préférence simple à mémoriser, mais surtout complexe à deviner. Il doit être changé tous les 6 mois. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médicotechniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet, ... Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier a posteriori l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.

C'est pourquoi il est important que l'utilisateur veille à ce que personne ne puisse se connecter avec son propre compte. Pour cela, sur un poste dédié, il convient de fermer ou verrouiller sa session lorsqu'on quitte son poste. Il ne faut jamais se connecter sur plusieurs postes à la fois. Pour les postes qui ne sont pas utilisés pendant la nuit, il est impératif de fermer sa session systématiquement avant de quitter son poste le soir.

Il est interdit de contourner ou de tenter de contourner les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs.

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

6.7. Droits et devoirs des administrateurs des systèmes informatiques

6.7.1. Missions des administrateurs

L'administrateur système est responsable de la qualité de service du système informatique mis à la disposition des utilisateurs. Il doit en outre s'attacher à faire respecter les droits et les devoirs des utilisateurs.

6.7.2. Disponibilité des données et du système informatique

Dans ce cadre et à titre non exhaustif, l'administrateur a notamment pour tâches :

- d'effectuer les sauvegardes des données des serveurs, qui doivent rendre possible la restauration des données détruites par erreur ;
- de minimiser les périodes d'indisponibilité du service, et faire en sorte qu'elles soient le moins pénalisantes possible pour les utilisateurs ;
- d'informer à l'avance les utilisateurs des interruptions de service planifiées.

6.7.3. Confidentialité des données

La consultation des fichiers des utilisateurs par l'administrateur ne peut s'effectuer que dans le respect des règles de confidentialité applicables aux données contenues dans les fichiers. De même, les administrateurs ont l'obligation de préserver et de respecter la confidentialité des informations qu'ils sont amenés à connaître dans le cadre de leur activité.



6.7.4. Contrôle de l'utilisation du système informatique

À titre non exhaustif, et pour permettre d'assurer la qualité de service du système informatique et le respect par les utilisateurs des règles définies à la présente Charte, l'administrateur se voit notamment investi des pouvoirs :

- de surveiller les sessions des utilisateurs ;
- de modifier la priorité, ou supprimer (avec préavis) les tâches qui consomment trop de ressources ;
- de compresser les fichiers trop volumineux (à l'exception des dossiers personnels) ou les supprimer avec préavis.

6.7.5. Accès à distance

Dans le cadre d'opération de maintenance, les administrateurs sont habilités à prendre la main à distance sur les postes de travail de l'hôpital.

6.8. SÉCURITÉ PHYSIQUE DES BÂTIMENTS

L'accès aux bâtiments et aux zones internes doit s'effectuer selon des dispositifs cohérents au regard de la criticité des informations stockées ou traitées. Par défaut, l'accès aux zones par un tiers doit s'effectuer accompagné par un personnel du Centre Hospitalier, les portes d'accès aux zones sensibles doivent rester fermées.

Toute anomalie ou incident constaté doit être signalé :

- au personnel d'encadrement, notamment en cas de constat d'une utilisation à son insu ;
- au support utilisateurs du service informatique, afin que tout soit mis en œuvre pour traiter l'incident.

6.9. IMAGE DE MARQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Les utilisateurs de moyens informatiques ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement en utilisant des moyens, que ce soit en interne ou en externe, à travers des communications d'informations à l'extérieur de l'établissement ou du fait de leurs accès à Internet.

7. PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERES PERSONNEL

7.1 Droits des utilisateurs

Le Centre Hospitalier met en œuvre des traitements de données à caractère personnel en relation avec l'usage et la sécurité des systèmes d'information et de communication couverts par la présente charte. L'établissement s'engage à ce que les données concernant les utilisateurs soient collectées et traitées de manière loyale et licite, dans les conditions exposées.

L'établissement a désigné un Délégué à la protection des données joignable à l'adresse dpo@ch-carcassonne.fr.

Les catégories suivantes de données sont traitées :

- Informations professionnelles
- Informations relatives à l'identité
- Coordonnées professionnelles
- Log de connexion et autre trace informatique
- Informations sur l'utilisation des systèmes d'information et de communication

Ces catégories de données proviennent essentiellement des systèmes d'information et de communication ainsi que des annuaires informatiques et des directions des ressources humaines.



Ces données sont conservées selon les durées légales.

Ces données sont destinées à l'établissement ainsi qu'aux personnes habilitées au sein de l'établissement et aux autorités habilitées.

Les traitements opérés dans le cadre de la charte ont pour finalité :

- le suivi et la maintenance des systèmes d'information et de communication, qu'il s'agisse des applications informatiques internes ou des accès vers l'extérieur (soit notamment l'accès à internet) ;
- la gestion des annuaires et référentiels permettant de définir les autorisations d'accès aux applications et réseaux ;
- la mise en œuvre de dispositifs destinés à assurer la sécurité et le bon fonctionnement des systèmes d'information et de communication, notamment la conservation des logs de connexion, des traces informatiques et des données de toute nature, conformément à la Politique de gestion des journaux informatisés (PGJI) notamment à des fins d'historisation et de preuve de l'utilisation des systèmes d'information et de communication ;
- la gestion de la messagerie électronique ;
- le fonctionnement en réseaux internes par métiers ou par projet permettant la collecte, la diffusion ou la traçabilité de données de gestion des tâches, de la documentation, de la gestion administrative et des agendas des personnes répertoriées dans ces réseaux ;
- le contrôle du respect de la charte et les audits de sécurité ;
- les statistiques, investigations et enquêtes

Ces finalités permettent au Centre Hospitalier de poursuivre des intérêts légitimes liés à la bonne utilisation et à la sécurité de ses systèmes d'information et de communication dans le respect des droits des utilisateurs.

A toutes fins utiles, il est rappelé que les données collectées auprès des utilisateurs sont obligatoires aux fins de bonne gestion, d'organisation et de sécurité des systèmes d'information et de communication.

Conformément à la loi « Informatique et libertés », les utilisateurs sont informés, en particulier, qu'ils disposent d'un droit :

- d'interrogation,
- d'accès,
- de limitation,
- d'effacement,
- de rectification,
- d'opposition,

au traitement des données les concernant et qui s'exerce auprès du Délégué à la protection des données (dpo@ch-carcassonne.fr). Par ailleurs, les utilisateurs disposent d'un droit de réclamation auprès de la Cnil.

Les personnes concernées peuvent également donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès.

Une personne peut être désignée pour exécuter ces directives et elle aura alors qualité, lorsque la personne est décédée, pour prendre connaissance des directives et demander leur mise en œuvre aux responsables de traitement concernés. Lorsqu'il s'agit de directives particulières, elles peuvent également être confiées aux responsables de traitement en cas de décès.

Afin d'assurer la confidentialité des données à caractère personnel qu'ils traitent, les Utilisateurs s'interdisent d'en faire part à des services non habilités à en prendre connaissance. Également, tout Utilisateur s'interdit de prendre connaissance des données qui ne lui sont pas destinées ou dont il n'est pas habilité à prendre connaissance. De la même façon, il est interdit de communiquer par quelque moyen que ce soit à des tiers non autorisés des données à caractère personnel traitées pour le compte du Centre Hospitalier. En cas de doute, l'Utilisateur doit demander l'avis du DPO préalablement à la transmission des données.



En tout état de cause, il est nécessaire d'informer le Délégué à la Protection des Données dans les meilleurs délais de tout risque présumé pour la sécurité des données à caractère personnel.

Tout Utilisateur qui contreviendrait à ces obligations peut engager la responsabilité personnelle et peut être passible de sanctions telles que prévues dans le règlement intérieur.

7.2 Devoirs des utilisateurs

Les utilisateurs sont informés de la nécessité de respecter les dispositions légales en matière de traitements automatisés ou manuels de données à caractère personnel, prévues pour l'essentiel dans la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dite loi « Informatique et libertés » en vigueur et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018.

Dans ce cadre, les utilisateurs devront informer le Délégué à la protection des données et se conformer à la procédure en vigueur pour la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel.

Conformément à la législation applicable à la protection des données personnelles, les principes directeurs à respecter dans le cadre de la mise en œuvre d'un traitement de données personnelles sont les suivants :

- le respect des finalités initiales du traitement ;
- la pertinence et l'exactitude des données au regard des finalités poursuivies ;
- l'information des personnes à la collecte des données et la conservation du
- recueil de leur consentement en cas de signature électronique ou manuscrite ;
- le droit d'accès, de rectification ;
- le droit d'opposition ;
- la mise en œuvre de mesures de sécurité adaptée à la sensibilité des données
- traitées, résultant d'une étude d'impact pour les personnes privées en cas de
- divulgation, altération ou destruction des données les concernant.
- le contrôle rigoureux de la diffusion de données à caractère personnel l'attention de tiers extérieurs, en incluant notamment les clauses adaptées dans les contrats avec les sous-traitants.
- la destruction des données au-delà de la période de conservation prévue.²²

8. SURVEILLANCE DU SYSTÈME D'INFORMATION

8.1. Contrôle

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment de la loi Informatique et Libertés.

8.2. Traçabilité

Le service informatique assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

²² Référentiels CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/la-cnil-publie-trois-referentiels-pour-le-secteur-de-la-sante>



Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer à minima :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il est accédé ;
- Le type d'opération réalisée
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ou des applications de l'hôpital ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Le personnel du service informatique respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles il accède dans l'exercice de leur fonction, mais il peut être amené à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

8.3. Alertes

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information.

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise

9. RESPONSABILITÉS ET SANCTIONS

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction générale de l'établissement de santé dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ...).

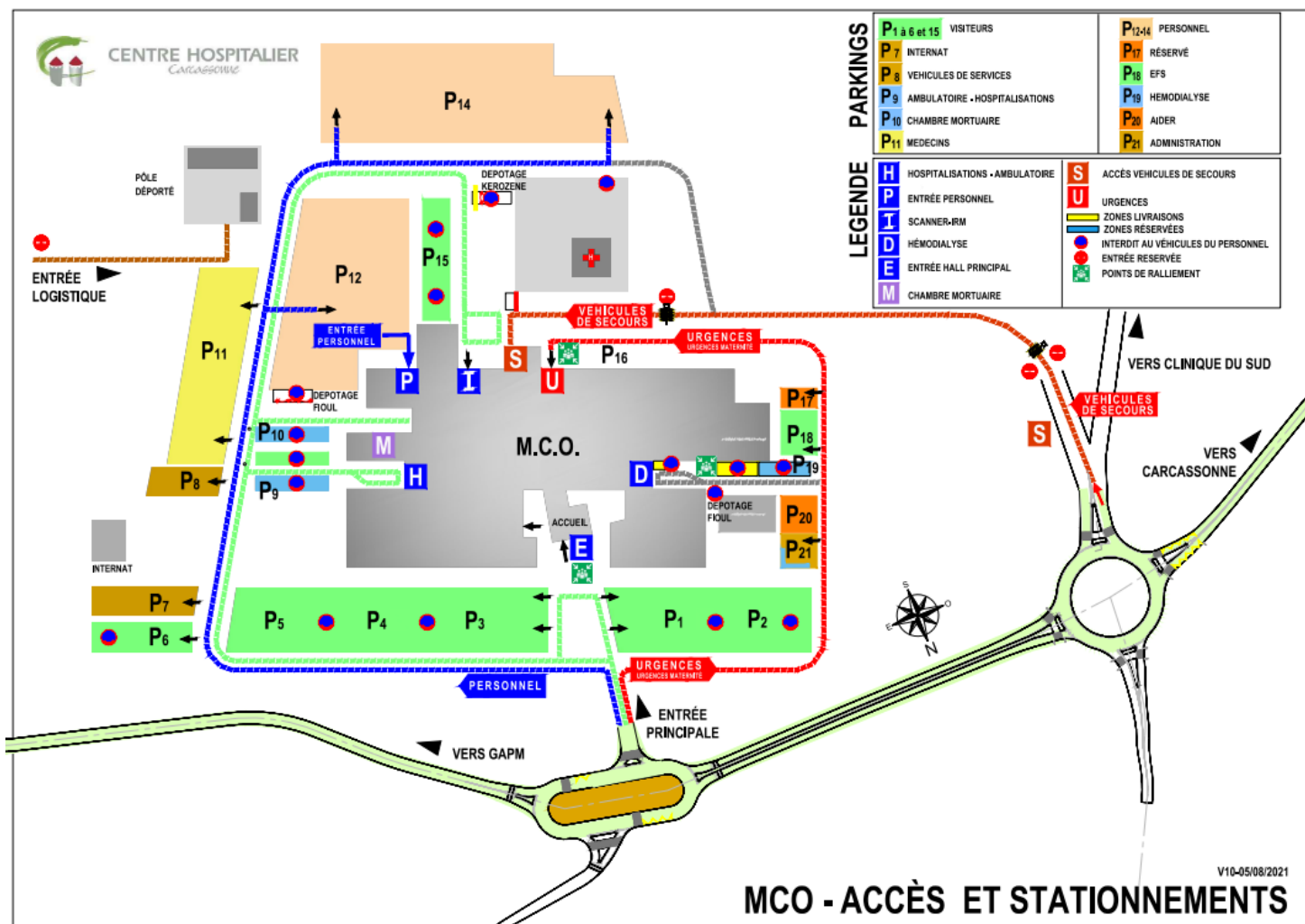
L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte. En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques ;
- Un licenciement et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.

Outre ces sanctions, la Direction du Centre Hospitalier de Carcassonne est tenue de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.



Annexe 9 : Plan et signalétique des parkings



Centre Hospitalier de Carcassonne - 1060 Chemin de la Madeleine CS 40001
11010 CARCASSONNE CEDEX - 04.68.24.24.24 - www.ch-carcassonne.fr



Liste des sigles et acronymes

4P : Projet Partagé de Prise en charge du Patient

A

AME : Aide Médicale d'État

AMU : Aide Médicale Urgente

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APAJH : Association pour Adulte et Jeunes Handicapés

APSA : Association pour la Permanence des Soins Ambulatoires

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

C

CACNP : Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées

CAL : Commission de l'Activité Libérale

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation

CCP : Commission Consultative Paritaire

CDPC : Commission Développement Professionnel Continu

CDU : Commission des Usagers

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CHPOT : Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail

CIV : Commission d'IdentitoVigilance

CIV-GHT : Commission d'IdentitoVigilance du Groupement Hospitalier de Territoire



CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CLE : Comité Local d'Éthique

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte Contre la Douleur

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMG : Commission Médicale de Groupement

CNH : Certificat de Non Hospitalisation

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

COPS : Commission d'Organisation de la Permanence des Soins

COSTRAT : Comité Stratégique

COTEL : Comité Territorial des Élus Locaux

COVIRIS : Comité des Vigilances et des Risques

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CS : Conseil de Surveillance

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions

CSE : Comité Social d'Établissement

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSS : Complémentaire Santé Solidarité

CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance

CTDS : Conférence Territoriale de Dialogue Social

CTE : Comité Technique d'Établissement

CU : Comité des Usagers



D

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Dispositifs Médicaux Stériles

DPC : Développement Professionnel Continu

DREETS : Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DSI : Direction du Système d'Information

DST : Dispositions Spécifiques Transversales

E

EDPM : Engin de Déplacement Personnel Motorisé

EFS : Établissement Français du Sang

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

EPRD : États Prévisionnels des Recettes et des Dépenses

ETP : Équivalent Temps Plein

EVC : Épreuves de Vérification des Connaissances

G

GAPM : Groupement Audois de Prestations Mutualisées

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS COOP'A 11 : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale Coopération Autisme 11

GDR : Gestion Des Risques

GHT OA : Groupement Hospitalier de Territoire Ouest-Audois

GIE IMOA : Groupement d'Intérêt Economique d'Imagerie Médicale Ouest Audois

GIR : Groupe Iso-Ressources



H

H2O : Hôpitaux Ouest-Occitanie

HAS : Haute Autorité de Santé

I

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IFMS : Institut de Formation aux Métiers de la Santé

ISO 14001 : *International Organization for Standardization*

M

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

P

PAQ : Plan d'Amélioration de la Qualité

PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement

PCMG : Président de Commission Médicale de Groupement

PGHTSSE : Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles

PROPIAS : Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins

PSSI : Politique de Sécurité des Systèmes d'Information

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

R

RGPD : Règlement Général relatif à la Protection des Données

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

RPO : Réseau de Santé de périnatalité Occitanie



RSSI : Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information

S

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgence

SAS : Service d'Accès aux Soins

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'État

SESSAD : Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

SI : Système d'Information

SIM : Service de traitement de l'Information Médicale

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SI-VIC : Système d'Information pour le Suivi des Victimes

SPASER : Schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables

SPST : Service de Prévention et de Santé au Travail

T

TMM : Terminal Multi Média

U

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

USSAP : Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention

V

VAE : Validation des acquis de l'expérience



Table des matières

Sommaire	2
Introduction générale	4
 PARTIE 1. Les dispositions générales.....	 6
Chapitre 1. Statuts, sites et missions	7
Article 1. Les statuts	7
Le siège du Centre Hospitalier de Carcassonne est situé :.....	7
Les identifiants du Centre Hospitalier de Carcassonne sont les suivants :	7
Article 2. Les différents sites.....	7
2.1 Le site principal.....	7
2.2 L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « Les Rives d'Odes » (EHPAD RDO)	8
2.3 L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « Iéna » (EHPAD Iéna)	8
2.4 Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)	8
2.5 L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)	9
2.6 Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)	9
2.7 Le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA) ...	9
2.8 Le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP)	9
2.9 Service d'Aide Médicale Urgence (SAMU) Centre 15 et Service d'Accès aux Soins (SAS)	9
2.10 Antenne Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Quillan	10
2.11 Établissements en direction commune	10
Article 3. Les missions.....	10
Chapitre 2. Les coopérations.....	11
Article 4. Le Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois (GHT OA)	11
4.1 Les objectifs et finalités du Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois (GHT OA)	11



4.2	Les instances du Groupement Hospitalier de Territoire	12
	Le Comité Stratégique (COSTRAT)	12
	La Commission Médicale de Groupement (CMG)	12
	La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Territoire (CSIRMTT)	14
	Le Comité des Usagers (CU)	14
	La Conférence Territoriale de Dialogue Social (CTDS)	15
	Le Comité Territorial des Élus Locaux (COTEL)	15
Article 5.	La Plateforme Médico-Logistique « GCS GAPM »	16
Article 6.	Les autres coopérations	16
PARTIE 2. L'organisation institutionnelle		18
Chapitre 3.	Le projet d'établissement	19
Article 7.	Le projet médico-soignant	19
Article 8.	Le projet managérial	20
Article 9.	Le projet social	20
Article 10.	Le projet psychologique	21
Article 11.	Le projet immobilier	21
Article 12.	Le projet performance	21
Article 13.	Le projet des usagers	21
Article 14.	Le projet éco-responsable	22
Article 15.	Le projet qualité, gestion des risques et sécurité des soins	22
Chapitre 4.	La gouvernance médico-administrative	22
Article 16.	La Direction du Centre Hospitalier	22
16.1	Le Directeur du Centre Hospitalier	22
16.2	Les attributions du Directeur	23
16.3	Les délégations de signature du Directeur	26
16.4	Le pouvoir de police du Directeur	27
16.5	La garde administrative	27



Article 17.	Le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME)	28
Article 18.	Le Directoire	30
18.1	Les attributions du Directoire.....	30
18.2	La composition du Directoire	30
18.3	Les désignations des membres.....	30
18.4	Le fonctionnement du Directoire.....	31
Article 19.	Le Conseil de Surveillance (CS)	31
19.1	Les attributions du Conseil de Surveillance	31
19.2	La composition du Conseil de Surveillance	33
19.3	Les désignations des membres.....	34
	Le Président du Conseil de Surveillance	34
	Les membres du Conseil de Surveillance	35
19.4	Le fonctionnement du Conseil de Surveillance	36
Chapitre 5.	Les instances consultatives et de dialogue social	37
Article 20.	La Commission Médicale d'Établissement (CME)	37
20.1	Les attributions de la Commission Médicale d'Établissement	37
	L'élaboration du projet médical.....	38
	Les attributions consultatives	38
	Les éléments informatifs	40
	Les propositions au Président du Directoire	40
	Les contributions à l'élaboration de la politique générale de la qualité des soins	41
	Les contributions à l'élaboration de projet relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	41
	L'élaboration d'un rapport annuel	42
20.2	La composition de la Commission Médicale d'Établissement	42
20.3	Les désignations et fonctions des membres	44
	Le Président et le Vice-Président.....	44
	Les autres membres de la Commission Médicale d'Établissement	45
20.4	Le fonctionnement de la Commission Médicale d'Établissement	45



Article 21.	Les Sous-Commissions de la Commission Médicale d'Établissement	46
21.1	Les commissions et comités relatifs à la qualité et à la sécurité des soins.....	46
	Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).....	46
	Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)	46
	Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	47
	La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS).....	47
	Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance (CSTH).....	47
	La Commission d'Identito-Vigilance (CIV)	47
21.2	Les commissions permanentes.....	48
	La Commission des Soins Non Programmés (CSNP)	48
	La Commission des Vigilances et Risques (COVIRIS)	48
	La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS).....	48
	La Commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles et du Développement Professionnel Continu (CDPC)	49
Article 22.	La Commission de l'Activité Libérale (CAL)	49
22.1	Les attributions de la Commission de l'Activité Libérale	49
22.2	La composition de la Commission de l'Activité Libérale	50
22.3	Les désignations et fonction des membres	51
22.4	Le fonctionnement de la Commission de l'Activité Libérale	51
Article 23.	La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	52
23.1	Les attributions de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- Techniques.....	52
23.2	La composition de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- Techniques.....	53
23.3	Les désignations et fonction des membres	53
23.4	Le fonctionnement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- Techniques.....	54
Article 24.	Le Comité Social d'Établissement (CSE)	55
24.1	Les attributions du Comité Social d'établissement	55



24.2	La composition du Comité Social d'Établissement	56
24.3	Les désignations et fonction des membres	57
24.4	Le fonctionnement du Comité Social d'Établissement	57
Article 25.	La Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT)	58
25.1	Les attributions de la Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail	58
25.2	La composition de la Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail	60
25.3	Les désignations et fonction des membres	60
25.4	Le fonctionnement de la Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail	61
Article 26.	La Commission des Usagers (CDU)	62
26.1	Les attributions de la Commission des Usagers	62
26.2	La composition de la Commission des Usagers	63
26.3	Le fonctionnement de la Commission des Usagers	64
Article 27.	La commission consultative Paritaire (CCP)	65
Article 28.	Le comité Local d'Éthique (CLE)	65
	Les attributions du Comité Local d'Éthique	65
	La composition du Comité Local d'Éthique	66
	La désignation des membres	66
	Le Président	66
	Les autres membres	67
	Le fonctionnement du Comité Local d'Éthique	67
Article 29.	Le référent laïcité	69
PARTIE 3.	L'organisation des structures médicales et des soins	70
Chapitre 6.	L'organisation des soins	71
Article 30.	Le personnel médical, odontologique et pharmaceutique	71



30.1	Les praticiens inscrits à l'Ordre (praticiens hospitaliers, contractuels, assistants et attachés).....	71
30.2	Les praticiens associés (non-inscrits à l'Ordre)	72
30.3	Les Docteurs juniors.....	72
30.4	Les Internes	73
30.5	Les étudiants	74
30.6	Les sages-femmes	74
Article 31.	La Coordinatrice générale des soins	74
Article 32.	Cadres co-gestionnaires et cadres de santé	75
Article 33.	Les professionnels paramédicaux	75
Article 34.	L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS)	75
34.1	La Direction	75
34.2	Les Étudiants.....	76
Article 35.	La permanence médicale des soins	76
Article 36.	La visite médicale quotidienne	77
Article 37.	La coordination des soins dispensés aux patients	77
Chapitre 7.	L'organisation en pôles d'activité.....	77
Article 38.	Les Pôles d'activité	78
Article 39.	Les collaborateurs du pôle	78
39.1	Le Chef de Pôle	78
	Nomination du Chef de Pôle	78
	Les missions du Chef de Pôle.....	79
39.2	Le Chef de Service	79
	Nomination du Chef de Service	80
	Les missions du Chef de Service	80
39.3	Le Cadre co-Gestionnaire de pôle	81
	Nomination du Cadre co-gestionnaire de pôle.....	81
	Les missions du Cadre co-gestionnaire de pôle	82
39.4	Le Directeur référent de pôle	82



Le positionnement du directeur référent de pôle	83
Les missions du directeur référent de pôle	83
Article 40. Le Contrat de Pôle	84
Article 41. Le projet de Pôle.....	85
Article 42. Les pôles inter-établissement du Groupement Hospitalier de Territoire	85
42.1 Pôle inter-établissement des Urgences-SMUR	87
Chapitre 8. La gestion de crise.....	87
Article 43. Le plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE)	87
Chapitre 9. La démarche qualité	90
Article 44. La démarche qualité et la gestion des risques.....	90
44.1 L'amélioration continue de la qualité	90
44.2 La gestion des risques.....	91
Article 45. La certification	91
Article 46. Le comité de pilotage	92
Article 47. La gestion et le signalement des événements indésirables.....	93
Article 48. Développement durable et ISO 14001	95
Chapitre 10. Le fonds de dotation « Les Portes de la Cité »	96
 PARTIE 4. Les dispositions relatives aux droits, libertés et devoirs des patients, et des usagers.....	97
Chapitre 11. La Charte de la personne hospitalisée	98
Chapitre 12. Le droit à l'information du patient et de ses proches	99
Article 49. L'information générale	99
49.1 Le livret d'accueil.....	99
49.2 Information sur l'identité des professionnels de santé	99
49.3 L'information à la personne de confiance	100
49.4 L'information à la famille et aux proches du patient	100
Article 50. L'information médicale	101
50.1 L'information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications.....	101



50.2	L'information relative au dossier médical	102
	Le contenu du dossier médical	102
50.3	La communication du dossier médical	103
	Les personnes pouvant accéder au dossier médical	103
	Pour le patient majeur	103
	Pour le patient mineur	103
	Le patient majeur protégé	103
	Les ayants droit	104
	Les informations du dossier médical communicables	104
	Les modalités d'accès au dossier médical	105
	Les délais de communication du dossier médical	106
	La facturation de la consultation du dossier médical	107
	Les demandes de consultations du dossier médical identifiées comme abusives	107
50.4	La communication des clichés d'imagerie médicale	107
50.5	L'information sur les accidents médicaux, iatrogènes et infections nosocomiales	108
50.6	La transmission d'information entre professionnels de santé	109
50.7	Le traitement informatique du dossier du patient	109
Chapitre 13.	Le respect de la personne	110
Article 51.	Le respect de l'intimité et de la dignité du patient	110
Article 52.	Le respect de liberté d'aller et de venir.....	111
Article 53.	Le respect de l'exercice des cultes	111
Article 54.	Le respect du droit civique	112
Article 55.	Le droit à la qualité des soins	113
Article 56.	Le droit à la prise en charge de la douleur	114
Article 57.	Le droit à la prise en charge en soins palliatif	114
Article 58.	Les directives anticipées	115
Chapitre 14.	Le consentement du patient	116
Article 59.	Les conditions générales du consentement aux soins.....	116
Article 60.	Le consentement aux soins du patient en fin de vie	117



Article 61.	Le consentement aux soins du patient hors d'état d'exprimer sa volonté	117
Article 62.	Le consentement aux soins du patient mineur	118
Article 63.	Le consentement aux soins du patient majeur protégé	119
Article 64.	Le refus de soins	119
Chapitre 15.	Les dispositions relatives aux recherches impliquant la personne humaine, aux dons et aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain	120
Article 65.	La recherche impliquant la personne humaine.....	120
Article 66.	Les modalités générales des prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur le patient	121
Article 67.	Le don du sang et produits sanguins labiles	122
67.1	Le don du sang.....	122
67.2	Les produits sanguins et labiles.....	122
67.3	La sécurité transfusionnelle	123
Article 68.	Les prélèvements et greffes d'organes.....	123
Article 69.	L'autopsie médicale	125
Article 70.	Les modalités spécifiques des prélèvements à des fins scientifiques.....	126
Chapitre 16.	Le respect du secret professionnel	126
Article 71.	Le secret professionnel à l'hôpital.....	126
Article 72.	Le secret professionnel entre professionnels de santé	127
Article 73.	Le secret professionnel à l'égard des proches et de la famille du patient	127
Article 74.	Le secret professionnel à l'égard de l'autorité judiciaire, des forces de l'ordre et de la préfecture	128
74.1	Les renseignements administratifs et liés à la situation d'hospitalisation du patient.....	128
74.2	Le mauvais traitement	129
74.3	L'introduction d'une arme ou de produits stupéfiants.....	129
Article 75.	Le traitement automatisé des données à caractères personnel	129
Article 76.	La discrétion demandée par le patient.....	130
Article 77.	La prise de vue et l'utilisation de l'image du patient.....	131
Chapitre 17.	Les réclamations et voies de recours	131
Article 78.	Les modalités pour porter une réclamation.....	131



Article 79.	La médiation.....	132
Article 80.	La maison des Usagers	133
PARTIE 5. Les dispositions relatives au séjour du patient		134
Chapitre 18.	Les modalités d'accueil du patient	135
Article 81.	L'accueil du patient.....	135
Article 82.	Le livret d'accueil du patient	135
Article 83.	La prise en charge au titre de l'activité libérale	136
Chapitre 19.	Les modalités du séjour	138
Article 84.	La procédure d'admission	138
84.1	L'accueil du patient lors de l'admission	138
84.2	Les pièces à fournir lors de l'admission	138
	Les pièces à fournir pour le dossier d'admission dans un contexte général.....	138
	L'admission dans un contexte où le patient n'est pas couvert par un organisme social	139
	L'admission dans un contexte où le patient souhaite une admission sous venue confidentielle	139
84.3	Le choix du régime d'hospitalisation	140
	Les régimes d'hospitalisations	140
	Les régimes de consultations et de soins externes	140
Article 85.	Les principes régissant le séjour du patient	140
85.1	Les règles générales d'admission	140
85.2	Les effets personnels du patient.....	141
	Le dépôt de sommes d'argent, de titres et valeurs, de moyens de règlement et d'objets de valeur	141
	La restitution des sommes d'argent, titres et objets de valeur	142
	Les biens conservés par le patient	143
85.3	Les autorisations de sortie	143
85.4	Les conditions de visites	144
	Les conditions générales des visites	144
	Les spécificités du service de pédiatrie et médecine chirurgie obstétrique	145



85.5	Les interdictions de pourboires.....	145
85.6	La visite des Officiers Ministériels	146
Article 86.	Les services proposés au patient.....	146
86.1	Les services de téléphonie, micro-informatique et télévision	146
	La téléphonie et la télévision	146
	L'accès à l'Internet.....	147
86.2	Le service du courrier vaguemestre.....	147
86.3	Le service des repas	147
86.4	Les modalités relatives au linge personnel et de toilette.....	148
86.5	La pratique religieuse	148
86.6	L'accompagnement d'un interprète	149
86.7	L'accompagnement d'une assistante sociale.....	149
Article 87.	Les modalités des frais de séjour.....	149
87.1	Le principe de paiement de l'hospitalisation.....	149
87.2	Les tarifs des consultations externes.....	150
87.3	Le tarif de l'activité libérale	150
87.4	Le supplément pour une chambre particulière.....	151
87.5	Les prestations fournies pour les accompagnants.....	151
Chapitre 20.	Les dispositions particulières d'admission du patient	151
Article 88.	Les dispositions d'admission des patients majeurs	151
88.1	Les conditions générales d'admissions	151
88.2	L'admission programmée.....	151
88.3	L'admission directe (en urgences)	152
88.4	Le transfert d'un patient hors du Centre Hospitalier après admission.....	153
88.5	L'admission d'un patient au Centre Hospitalier suite à un transfert	153
88.6	L'admission sur décision du Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé... ..	154
Article 89.	L'admission du patient mineur	154
89.1	Les dispositions générales d'admission du patient mineur	154
	L'application de l'autorité parentale	155



89.2	Les dispositions spécifiques d'admission du patient mineur	155
	L'admission du patient mineur sans l'accord de l'autorité parentale	155
	L'admission du patient mineur relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	156
	L'admission du patient mineur étranger isolé	156
	L'admission du patient mineur victime de maltraitance au sein de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED)	157
	L'admission du patient mineur en soins sans consentement	157
	La scolarisation du mineur après l'admission	158
	L'autorisation de sortie du mineur en cours d'hospitalisation	158
	L'information du mineur et le consentement aux soins	158
	Le respect de la confidentialité du soin à la demande du mineur	158
	La sortie du mineur en fin d'hospitalisation	159
Article 90.	Les dispositions spécifiques relatives à l'admission en urgence	160
90.1	L'accueil et l'admission en urgence	160
90.2	L'admission en cas d'afflux massif de patients	160
Article 91.	L'admission des femmes enceintes	161
91.1	Les dispositions générales d'admission en maternité	161
91.2	Les dispositions spécifiques d'admission des femmes enceintes	161
	L'admission pour accouchement sous le secret de la grossesse ou de la naissance 161	
	L'admission des femmes désirant bénéficier d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)	162
	Les dispositions générales de l'admission une interruption volontaire de grossesse (IVG)	162
	La clause de conscience des professionnels de santé pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)	163
	Le cas de la patiente mineure admise pour une interruption volontaire de grossesse (IVG)	163
Article 92.	Les dispositions relatives à la naissance	163
92.1	La déclaration de naissance	163



92.2	La déclaration spécifique relative aux enfants décédés durant la période prénatale ..	164
Article 93.	L'admission du patient majeur protégé.....	165
93.1	L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice	165
	L'admission du patient majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice hors urgences	165
	L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en situation d'urgence	165
	L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice en refus de soins	165
93.2	L'admission du majeur protégé sous tutelle	166
	L'admission du majeur protégé sous tutelle hors urgence.....	166
	L'admission du majeur protégé sous tutelle en situation d'urgence	166
	L'admission du majeur protégé sous tutelle en refus de soins	166
Article 94.	L'admission d'un patient en situation de handicap	167
94.1	Les dispositions générales de l'admission d'un patient en situation de handicap	167
94.2	L'admission d'un patient malvoyant ou malentendant	167
Article 95.	L'admission du patient dépendant d'une instance gouvernementale	167
95.1	L'admission du patient militaire.....	167
95.2	L'admission du patient exerçant en tant que gendarme, policier ou dans le secteur pénitentiaire	168
95.3	L'admission du patient bénéficiaire de l'article 115 du Code des pensions militaires, invalidité et victimes de guerre	168
Article 96.	L'admission du patient étranger	169
Article 97.	L'admission du patient souffrant d'addictologie.....	169
Article 98.	L'admission d'une personne victime de violences conjugales	169
Article 99.	L'admission d'un patient ayant la qualité d'évacué sanitaire	170
Article 100.	L'admission d'un patient blessé par arme	170
Article 101.	L'admission du patient après une tentative de suicide	171
Article 102.	L'admission du patient amené par les forces de l'ordre en état d'ivresse	171



Article 112. La sortie par mesure disciplinaire.....	185
Chapitre 22. Les dispositions relatives au décès	186
Article 113. L'attitude à suivre à l'approche du décès	186
Article 114. L'annonce du décès	187
Article 115. Les formalités entourant le décès	187
Article 116. Les indices de mort violente ou suspecte.....	188
Article 117. Les modalités relatives au transport et à la chambre funéraire	188
117.1 Le dépôt des corps à la chambre mortuaire	188
117.2 Le transport sans mise en bière en chambre funéraire	189
117.3 La mise en bière et le transport après la mise en bière.....	190
Article 118. Les modalités relatives aux opérations funéraires.....	191
118.1 Les opérations funéraires	191
118.2 Le libre choix des opérateurs funéraires	191
118.3 La liberté des funérailles, dispositions testamentaires	192
118.4 Les opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale	193
Article 119. Les objets abandonnés ou déposés par le défunt	193
Article 120. Le don du corps aux établissement d'hospitalisation, d'enseignement et de recherche	194
PARTIE 6. Les dispositions relatives aux professionnels.....	196
Chapitre 23. Les principes généraux liés au service public et au respect des usagers..	197
Article 121. Le principe de continuité	197
Article 122. Le principe de neutralité du service public.....	198
Article 123. Le devoir général de réserve, le respect de la liberté de conscience et d'opinion, le devoir de neutralité.....	199
Chapitre 24. L'obligation du respect du confort du patient.....	200
Article 124. L'obligation d'accueillir et d'informer les patients, les usagers et les familles	200
Article 125. Le respect du secret professionnel	201
125.1 Les dispositions générales.....	201
125.2 Le partage d'information	201
125.3 L'obligation de discrétion professionnelle.....	202



Article 126.	Le respect de la liberté de conscience et d'opinion	203
Chapitre 25.	Les principes de bonne conduite professionnelle	204
Article 127.	L'assiduité et la ponctualité	204
Article 128.	L'obligation de respect des instructions reçues et le devoir d'obéissance hiérarchique	204
128.1	Le devoir d'alerte et d'information au supérieur hiérarchique	205
Article 129.	Le signalement des évènements indésirables	205
Article 130.	Le bon usage des biens du Centre Hospitalier.....	206
Article 131.	Le respect des règles d'hygiène et de sécurité	206
Article 132.	Le respect de l'engagement de l'établissement dans le développement durable	206
Article 133.	L'exigence d'un comportement général adapté	208
133.1	L'exigence d'une tenue vestimentaire appropriée	208
133.2	L'exigence d'un langage et d'un comportement correct	209
133.3	La lutte contre le bruit	209
Article 134.	La promotion de la bientraitance et la sollicitude envers les usagers.....	210
Article 135.	L'obligation de déposer les biens confiés par le patient ou trouvés dans le Centre Hospitalier	210
Article 136.	L'obligation de désintéressement	211
Article 137.	L'absence de conflit d'intérêt	211
Article 138.	L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative et l'obligation de se consacrer à ses fonctions	212
Article 139.	Les règles du cumul d'activité	212
Article 140.	L'impossibilité de bénéficier d'avantages en nature ou en espèce	213
Article 141.	L'identifiant des professionnels	214
Article 142.	L'utilisation du système d'information et des réseaux sociaux.....	215
Article 143.	L'usage du téléphone	215
Article 144.	Le respect de la charte graphique.....	215
Article 145.	L'affichage de document	216
Chapitre 26.	Les droits et garanties du personnel	216



Article 146. La liberté de conscience et d'opinion et non-discrimination	216
Article 147. La liberté d'expression directe et collective	217
Article 148. Le droit de grève	217
Article 149. La liberté syndicale et le droit syndical	218
Article 150. L'égalité de traitement et le principe de non-discrimination.....	218
Article 151. La protection des professionnels	219
151.1 Le dispositif vigilance	220
151.2 La protection fonctionnelle.....	220
151.3 Le droit de retrait	221
Article 152. Le droit à la formation professionnelle	222
Article 153. Le droit d'accès au dossier administratif	222
Article 154. Le droit à la déconnexion.....	223
Article 155. Les dispositions relatives à l'organisation du temps de travail	224
Article 156. L'hygiène et la sécurité des conditions de travail	224
Chapitre 27. La prévention des risques professionnels, la qualité de vie au travail et la politique sociale	224
Article 157. L'attention portée à la prévention des risques professionnels	224
157.1 Le dispositif « seconde victime ».....	225
157.2 La commission de conciliation locale	225
Article 158. Le service de santé au travail	226
Article 159. Le service d'accompagnement social	226
Article 160. L'obligation de vaccination.....	226
Article 161. L'accueil et l'intégration du nouvel arrivant au sein du Centre Hospitalier.....	227
Article 162. Les services à la disposition du personnel du Centre Hospitalier	227
162.1 La restauration sur place	227
162.2 La fourniture des tenues professionnelles.....	228
162.3 Le vestiaire	228
162.4 Les dispositifs d'aides aux transports domicile-travail et stationnement.....	229



PARTIE 7. Les dispositions relatives à la sécurité et à l'environnement.....	230
Chapitre 28. Les dispositions générales relatives à la sécurité	231
Article 163. L'opposabilité des règles de sécurité	231
Article 164. Les professionnels en charge de la sécurité et de la sûreté	232
164.1 Dispositions générales relatives aux professionnels de sécurité.....	232
164.2 L'intervention des professionnels de sécurité incendie	233
164.3 L'intervention des professionnels de sûreté et malveillance	233
Article 165. Les matériels et dispositifs de sécurité générale.....	234
Chapitre 29. Les règles de sécurité générales	235
Article 166. La sécurité des personnes.....	235
Article 167. La sécurité des biens.....	236
Article 168. Le respect du calme et de la tranquillité au sein du Centre Hospitalier	236
Article 169. Les dispositions relatives à l'accès au Centre Hospitalier.....	237
169.1 Les dispositions générales.....	237
169.2 Les dispositions spécifiques	238
L'accès des associations conventionnées.....	238
L'accès des bénévoles agissant pour le compte des associations.....	238
L'accès aux stagiaires extérieurs	239
L'accès des prestataires extérieurs	239
L'accès des professionnels de presse	240
L'accès des visiteurs médicaux et des personnes exerçant des métiers de promotion de produits de santé	241
L'accès des visiteurs	241
L'accès aux animaux.....	243
L'interdiction d'accès à toute personne non autorisée.....	243
Article 170. L'interdiction de dissimulation du visage	244
Chapitre 30. Les règles relatives à l'interdiction de fumer, à l'usage de vapotage, à l'alcool et de stupéfiants	244
Article 171. L'interdiction de fumer et de vapoter.....	244



Article 172. Les dispositions générales relatives à la consommation d'alcool et de stupéfiants	246
Article 173. L'interdiction de consommation d'alcool et de stupéfiants pour les professionnels du Centre Hospitalier	246
Chapitre 31. Les règles de sécurité de fonctionnement	247
Article 174. La recherche de la maîtrise des risques	247
Article 175. La sécurité incendie	248
175.1 La sécurité générale et registre de sécurité	248
175.2 La formation des professionnels	249
Article 176. La sécurité technique	250
Article 177. La sécurité informatique.....	250
Article 178. La nature de la voirie hospitalière	251
Article 179. Les dispositions générales d'accès	251
Article 180. Les dispositions générales de stationnement et de circulation	252
Article 181. La limitation de la responsabilité du Centre Hospitalier en matière de stationnement et de circulation.....	254
Chapitre 32. Liens de coopérations avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture	254
Article 182. Les dispositions générales des liens de coopération avec les autorités judiciaires, les forces de l'ordre et la Préfecture	254
Article 183. Les règles de responsabilités du Centre Hospitalier de Carcassonne	255
Article 184. Les dispositions générales en cas de vol et dégradation	255
184.1 Les vols ou dégradations au préjudice d'un patient, d'un visiteur ou d'un membre du personnel hospitalier	255
184.2 Les vols ou dégradations au préjudice du Centre Hospitalier.....	256
Les vols de produits stupéfiants.....	256
Les vols d'ordonnances et de tampons	256
Article 185. Les dispositions générales en cas de troubles à l'ordre public	256
Article 186. Les dispositions générales en cas d'infraction pénale	257
Article 187. Les dispositions générales relatives aux armes et substances dangereuses.....	258
Article 188. La situation de suicide au sein du Centre Hospitalier.....	258



Article 189. Le patient présentant des signes de radicalisation	259
Article 190. La protection des professionnels hospitaliers	259
Article 191. Les perquisitions, saisies et réquisition	261
191.1 La perquisition	261
191.2 La remise volontaire sur réquisition	261
191.3 La saisie d'un dossier médical sur commission rogatoire	262
191.4 La réquisition : examens techniques ou scientifiques, certificats médicaux.....	262
Article 192. Les témoignages en justice des professionnels du Centre Hospitalier.....	263
Article 193. Le Plan Vigipirate	263
 PARTIE 8. Les dispositions relatives au règlement intérieur	 265
Chapitre 33. La procédure d'adoption du règlement intérieur	266
Article 194. L'adoption du règlement intérieur	266
Article 195. L'opposabilité du règlement intérieur	266
Article 196. La mise à disposition et la communication du règlement intérieur	266
196.1 La mise à disposition pour les usagers et les tiers	266
196.2 La mise à disposition pour les professionnels exerçant au sein du Centre Hospitalier	267
Chapitre 34. Les modalités de modification du règlement intérieur	267
Article 197. Les modalités de révision du règlement intérieur.....	267
 PARTIE 9. Annexes	 268
 Liste des sigles et acronymes	 269
 Table des matières	 301

