



REGLEMENT INTERIEUR

**Version n°3
Octobre 2022**

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur du Centre hospitalier Sud-Gironde, modifié le 24 février 2012 et le 14 juin 2017, est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles du Code de la santé publique.

Il a été arrêté par le Directeur général du Centre hospitalier Sud-Gironde après concertation avec le Directoire menée lors de sa séance en date du 10 octobre 2022, avis de la Commission médicale d'établissement lors de sa séance en date du 24 octobre 2022, avis du Comité technique d'établissement lors de sa séance en date du 20 octobre 2022 et avis du Conseil de surveillance exprimé lors de sa réunion en date du 26 octobre 2022. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques a été informée des modifications apportées au règlement intérieur.

Le présent règlement intérieur définit les règles de fonctionnement du Centre hospitalier Sud-Gironde, notamment sur le plan de l'organisation institutionnelle générale et par pôle, de l'accueil et de la prise en charge des usagers au sein des pôles et structures internes de pôle, ainsi que de l'activité et de la gestion des professionnels hospitaliers.

Conformément à l'article L.6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur général du Centre hospitalier Sud-Gironde assure l'application et l'exécution des dispositions du présent règlement intérieur sur l'ensemble des sites de l'établissement.

REGLEMENT INTERIEUR

SOMMAIRE

Section I Dispositions générales

Sous-section I : La gouvernance de l'établissement	7
1) Le règlement intérieur : opposabilité et modalités de révision	7
2) La présentation de l'établissement	7
3) Les principes fondamentaux	8
4) La Direction de l'établissement	9
5) Le Directoire	9
6) Le Conseil de surveillance	10
7) La Commission médicale d'établissement	11
8) La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)	11
9) Le Comité technique d'établissement	11
10) Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	12
11) Les Commissions administratives paritaires locales et le Conseil de discipline	13
12) La Commission d'activité libérale	13
13) La Commission des usagers	13
14) Les Conseils de la vie sociale	14
15) Le Comité de pilotage Qualité-Gestion des risques	15
Sous-section II : L'organisation en pôles d'activités	15
16) L'organisation de l'établissement en pôles d'activités	15
17) La nomination et missions des praticiens chefs de pôle	16
18) Les contrats de pôle	17
19) Les projets de pôle	17
20) L'organisation interne des pôles	17
21) La nomination et missions des responsables de structures internes des pôles	18
Sous-section III : L'organisation des soins et des activités médicales	18
22) L'organisation de la permanence des soins	18
23) Les règles de déontologie professionnelle	18
24) La nomination et l'affectation des praticiens hospitaliers	19
25) Les dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur	19
26) Les dispositions spécifiques aux biologistes responsables du service biologie médicale	20
27) Le personnel médical, pharmaceutique et la continuité du service	20
28) Les internes	20
29) Les soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques	21
30) Les étudiants des écoles paramédicales	21

Sous-section IV : Les dispositions relatives à la sécurité, l'hygiène, la gestion des risques et la qualité..... 22

31) La sécurité générale : règles et responsabilités	22
32) L'organisation de la permanence de direction	23
33) L'astreinte technique	23
34) Les règles de responsabilité	23
35) Les rapports avec les autorités judiciaires et de police	23
36) La sécurité incendie	24
37) La politique de sécurité des systèmes d'information	25
38) Les règles applicables à l'usage des systèmes d'information.....	25
39) Les règles applicables aux traitements automatisés de données à caractère personnel.....	25
40) Les règles applicables aux dossiers médicaux informatisés	25
41) Les interdictions	26
42) Le calme et la tranquillité	26
43) La circulation et le stationnement des véhicules	26
44) Les parkings réservés au personnel et aux usagers	27
45) La signalisation et les sanctions	27
46) Les circonstances exceptionnelles	27
47) Le plan Blanc	28
48) Le plan gouvernemental Vigipirate	28
49) La gestion des risques : l'organisation des vigilances	28
50) La gestion des risques : le signalement d'évènements indésirables	31
51) La qualité : les indicateurs qualité mis à la disposition du public	32

Sous-section V : Les dispositions relatives à la communication 32

52) Le logo de l'établissement	32
53) Les relations avec les journalistes de presse écrite, radio, télé et photographes	32
54) Le site Internet du Centre hospitalier Sud-Gironde et les réseaux sociaux	32

Section II
Accueil et modalités d'admission

55) Le livret d'accueil et le questionnaire de sortie.....	34
56) Les pièces à fournir au moment de l'admission	34
57) La désignation de la personne à prévenir	34
58) Les consultations externes	35
59) Le service public hospitalier et l'activité libérale.....	35
60) L'inventaire à l'admission, le dépôt de valeurs.....	35
61) Le secret de la grossesse ou de la naissance	36
62) L'admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)	36
63) L'admission de mineurs	37
64) La prise en charge des majeurs protégés.....	37
65) Les cas particuliers :	38
- accès aux soins de personnes démunies	
- admission de mineurs sollicitant la confidentialité	
- admission de personnes gardées à vue	
- audition de patients par les autorités de police	

Section III

Soins et information des patients

Sous-section I : L'information	39
66) L'information du patient.....	39
67) Le dossier médical du patient	39
68) La communication du dossier médical	40
69) L'information du médecin traitant	40
70) Les clichés d'imagerie médicale	41
71) Les relations avec les familles	41
72) La personne de confiance.....	41
73) Le secret médical et la confidentialité	41
74) L'admission discrète	42
75) Les traitements automatisés des données à caractère personnel	42
76) Les réclamations et les voies de recours	43
77) Les médiateurs médicaux et non médicaux	43
Sous-section II : Le consentement aux soins.....	44
78) Le consentement aux soins : dispositions générales	44
79) Le consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leurs volontés (directives anticipées)	44
80) Le refus des soins.....	44
81) Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs	44
82) Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle.....	45
83) Les actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur mineurs et majeurs sous tutelle	45

Section IV

Conditions de séjour des patients

84) Le respect de la personne et de son intimité	46
85) Les obligations des patients hospitalisés pendant leur séjour à l'hôpital	46
86) Les règles d'hygiène	46
87) La libre circulation des personnes hospitalisées	47
88) Les autorisations de sortie	47
89) Les visites	47
90) La présence des proches et accompagnants pendant leur séjour à l'hôpital	47
91) Les recommandations aux visiteurs et personnes extérieures.....	48
92) Les associations de bénévoles	48
93) L'interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs	49
94) L'interdiction des pourboires	53
95) Le courrier.....	49
96) Le téléphone et la micro-informatique.....	49
97) L'usage des téléviseurs	50
98) Le culte	50
99) Les animaux.....	50

Section V Frais de séjour

100) L'information	51
101) Le tarif des prestations.....	51
102) Le forfait journalier	51
103) Le paiement des frais de séjour et provisions.....	51

Section VI Sortie des patients

104) Les modalités de la sortie	52
105) La sortie contre avis médical.....	52
106) La sortie à l'insu de l'unité de soins	52
107) La sortie des nouveau-nés	53
108) La sortie des mineurs.....	53
109) La sortie par mesure disciplinaire	53
110) Le refus de sortie du patient.....	53

Section VII Dispositions relatives aux naissances et aux décès

Sous-section I : Les dispositions relatives aux naissances..... 54

111) La déclaration de naissance	54
112) Les déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale	54

Sous-section II : Les dispositions relatives aux décès..... 54

113) L'attitude à suivre à l'approche du décès	54
114) L'annonce du décès.....	55
115) Les formalités entourant le décès	55
116) Les libres funéraires, les dispositions testamentaires.....	56
117) Les indices de mort violente ou suspecte	56
118) La toilette mortuaire et le dépôt des corps à la chambre mortuaire	56
119) Le transport sans mise en bière en chambre funéraire, au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille	57
120) La mise en bière et le transport après mise en bière	57
121) Les opérations funéraires.....	57
122) Les opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale.....	57
123) Le don d'organes	58
124) Le don du corps	58
125) Les autopsies et prélèvements à visée scientifique	58

Section VIII Droits et devoirs du personnel

Sous-section I : Les obligations du personnel	59
<i>Sous-section I1) : L'obligation d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier</i>	
126) La continuité du service	59
127) L'assiduité et ponctualité du personnel	59
128) Le devoir d'obéissance, exécution des ordres reçus	59
129) La diffusion d'informations concernant les incidents	59
130) La conservation en bon état des locaux, matériels et effets	60
131) Les effets et biens personnels – Responsabilité	60
132) L'interdiction de pourboires	60
133) L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative	60
134) La tenue vestimentaire de travail	60
135) La lutte contre le bruit	60
136) La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme	61
137) L'interdiction des réunions publiques au centre hospitalier	61
138) La charte d'accès au système d'information	61
139) L'utilisation des véhicules de service	61
<i>Sous-section I2) : Les obligations du personnel à l'égard du patient, du résident et de ses proches</i>	
140) L'attitude envers les patients	62
141) L'accueil des familles	62
142) L'information des familles par rapport aux décisions importantes	62
143) Le respect du libre choix des familles	62
144) Le respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et visiteurs	62
145) Le devoir de réserve	62
146) L'obligation de discrétion professionnelle	63
147) Le secret professionnel	63
Sous-section II : Les droits du personnel	63
148) L'accueil et intégration des nouveaux agents	63
149) La liberté d'opinion et non-discrimination	64
150) L'exercice du droit syndical	64
151) Le droit de grève	64
152) La protection fonctionnelle par le centre hospitalier	64
153) L'application des droits statutaires, accidents de travail et maladies professionnelles	64
154) Le droit d'accès au dossier individuel	65
155) Le droit d'accès aux informations nominatives	65
156) Les conditions d'hygiène, de sécurité, d'exercice d'un droit de retrait	65
157) Le registre spécial des dangers graves et imminents	65

Sous-section III : Organisation du travail.....	65
158) Les tableaux de service et cycles de travail	65
159) Les congés.....	65
160) Les autorisations spéciales d'absence.....	66
Sous-section IV : Services à la disposition du personnel	66
161) La restauration	66
162) La blanchisserie	66
163) Les vestiaires.....	66
164) L'amicale du personnel	66
165) Le comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS)	66
166) La médecine du travail.....	66

SECTION I

Dispositions générales

Sous-section I : La gouvernance de l'établissement

1) Le règlement intérieur : opposabilité et modalités de révision

Le règlement intérieur de l'établissement constitue une charte juridique qui définit les règles de fonctionnement spécifiques à l'établissement concernant l'organisation administrative et médicale, les dispositions relatives à ses personnels et aux usagers. Son contenu est obligatoirement conforme aux dispositions du code de la santé publique et il a vocation à définir notamment les règles de fonctionnement propres au Centre Hospitalier Sud-Gironde qui ne sont pas fixées par des textes législatifs ou réglementaires.

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur de l'établissement arrête, après concertation avec le directoire, le règlement intérieur de l'établissement. Le règlement intérieur est par ailleurs soumis aux instances représentatives de l'établissement compétentes (Conseil de surveillance, Commission médicale d'établissement, Comité technique d'établissement) pour avis et la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques en est informée.

L'adoption du règlement intérieur est exécutoire dès réception par le Directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, celui-ci pouvant la déférer dans les deux mois suivant sa réception devant le tribunal administratif compétent au titre du contrôle de légalité. Les modifications apportées au règlement intérieur de l'établissement sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites ci-dessus.

En application de l'article R.1112-78 du Code de la santé publique, le règlement intérieur de l'établissement est communiqué à toute personne qui en formule la demande.

2) La présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier Sud-Gironde est un établissement public de santé intercommunal, doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Il est soumis au contrôle de l'Etat et à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier. Il est constitué de deux sites : l'un est situé sur la commune de Langon, l'autre sur la commune de La Réole. Son siège social est fixé Place Saint-Michel BP 90055 à La Réole (33192).

Conformément aux dispositions de l'article L.6111-1 et de l'article L.6112-1 du Code de la santé publique, il assure des missions générales et de service public. Il assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Il contribue à la formation des internes en médecins, des étudiants et à la formation continue des professionnels. Il assure une mission d'hébergement dans les structures d'hébergement dédiées qu'il gère.

Il détermine sa politique générale au travers de son projet d'établissement, qui est compatible avec les objectifs des schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociale. Il conclut avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans. Ce contrat détermine les orientations stratégiques de l'établissement.

L'offre de soins et de prise en charge qu'il propose sur chacun de ses sites est la suivante :

➤ **Site de Langon :**

- Deux services de médecine (l'un polyvalent, l'autre à orientation cardiologique),
- Un service d'hospitalisation à domicile (polyvalent et obstétrique),
- Un service de chirurgie ambulatoire, un bloc opératoire,
- Une unité de chirurgie et de médecine ambulatoire,
- Un service d'accueil des urgences – SMUR - UHCD,
- Un service de surveillance continue,
- Un plateau technique comprenant un service d'imagerie médicale, un service de biologie médicale et une pharmacie à usage intérieur,
- Une équipe mobile de soins palliatifs, une équipe mobile gériatrique et une équipe de liaison en addictologie,
- Un centre de planification et d'éducation familiale,
- Un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

➤ **Site de La Réole :**

- Un centre d'accueil de soins non programmés,
- Un service de médecine polyvalente comportant des lits dédiés aux soins palliatifs,
- Un service de court séjour gériatrique,
- Un hôpital de jour gériatrique,
- Un service de soins de suite et réadaptation (polyvalent et spécialisé personnes âgées),
- Un centre périnatal de proximité, un centre de planification et d'éducation familiale,
- Un service d'imagerie médicale, une pharmacie à usage intérieur,
- Un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- Une maison d'accueil spécialisée, un établissement d'accueil médicalisé et un centre pour enfants et adolescents polyhandicapés,
- Un institut de formation des aides-soignants.

3) Les principes fondamentaux

Par référence à l'article L. 6112-3 du Code de la santé publique, le Centre hospitalier Sud-Gironde respecte les principes fondamentaux d'égal accès de tous à des soins de qualité, la continuité du service hospitalier ainsi que l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service. Il applique, en outre, la charte du patient hospitalisé telle que définie par la circulaire n°90 en date du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, en toutes circonstances, le Centre hospitalier Sud-Gironde est ainsi en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

Les professionnels du Centre hospitalier Sud-Gironde dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel, le secret médical, et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du Centre hospitalier Sud-Gironde.

Le Centre hospitalier Sud-Gironde assure également la prise en charge des soins dans le respect des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs des honoraires définis par la réglementation afférente.

4) La direction de l'établissement

Le Centre hospitalier est dirigé par un Directeur. À cet effet, il a autorité sur l'ensemble du personnel de l'établissement hospitalier dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

Le Directeur est président du Directoire, il est chargé de la conduite générale de l'établissement. A ce titre, et après concertation du Directoire, le Directeur est compétent pour :

- Conclure le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM),
- Décider, conjointement avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement,
- Déterminer le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux
- Fixer l'état prévisionnel des dépenses et des recettes (EPRD), le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations,
- Arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du Conseil de surveillance,
- Arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activités
- Proposer la constitution et la participation à une forme de coopération sanitaire,
- Conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans,
- Conclure les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat public – privé et les conventions de location,
- Soumettre au Conseil de surveillance le projet d'établissement,
- Conclure les délégations de service public,
- Arrêter le règlement intérieur de l'établissement,
- A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel, décider de l'organisation du travail et des temps de repos,
- Présenter à l'ARS Nouvelle-Aquitaine le plan de redressement.

Par ailleurs, le Directeur dispose de compétences propres pour :

- Assurer la conduite de la politique générale de l'établissement,
- Représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile,
- Agir en justice au nom de l'établissement,
- Régler les affaires de l'établissement dans le respect des attributions du Directoire et du Conseil de surveillance,
- Participer aux séances du Conseil de surveillance et en exécuter les délibérations,
- Ordonner les dépenses et les recettes de l'établissement,
- Transiger,
- Déléguer sa signature.

Le Directeur est secondé pour l'ensemble de ses missions par une équipe de direction. L'organisation de la direction est présentée dans un organigramme régulièrement tenu à jour, disponible sur les sites Intranet et Internet de l'établissement.

5) Le Directoire

Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-7-4 du Code de la santé publique, le Directoire du Centre hospitalier Sud-Gironde est réuni par le Directeur pour concertation sur la gestion et la conduite de l'établissement, pour approbation du projet médical et la préparation du projet d'établissement.

Le règlement intérieur du Directoire est annexé au présent document (Annexe 1).

Le Directoire a pour mission :

- Le conseil stratégique au Directeur sur la conduite générale de l'établissement,
- La consultation sur les principales décisions,
- L'approbation du projet médical,
- La préparation du projet d'établissement.

Le Directeur, président du Directoire, prend ses décisions après concertation 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. Le Directeur est président du directoire et son vice-président est le président de la commission médicale d'établissement.

Le Directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Il conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement et dans un certain nombre de domaines sur lesquels sa concertation est réglementairement requise (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé avec l'agence régionale de santé, politique qualité, programme d'investissement, état prévisionnel des recettes et des dépenses, organisation interne, règlement intérieur...).

Le règlement intérieur du directoire est en annexe (Annexe n°1) du présent règlement.

6) Le Conseil de surveillance

Le Centre hospitalier Sud-Gironde est doté d'un Conseil de surveillance présidé par l'un de ses membres représentant des collectivités territoriales ou de leurs groupements ou par une personnalité qualifiée. Il est composé de trois collègues : un collègue des représentants des collectivités territoriales, un collègue des représentants du personnel et un collègue des personnalités qualifiées comprenant des représentants des usagers.

Le Conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par la loi telles que le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, la politique qualité de l'établissement...

Le règlement intérieur du conseil de surveillance figure en annexe (Annexe n°2) du présent règlement.

7) La Commission médicale d'établissement (CME)

La Commission médicale d'établissement est une instance de représentation du personnel médical, pharmaceutique et odontologique et maïeutique. L'article R 6144-3 du code de santé publique fixe les règles de sa composition. La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés pour chaque catégorie prévue à l'article précité par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la CME font l'objet d'un règlement intérieur dédié, annexé au présent document (annexe 3).

Le Président élu de la Commission médicale d'établissement est Vice-président du Directoire.

En cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du GHT, la CME est compétente pour élaborer et proposer au Directoire le projet médical d'établissement. La CME veille, dans l'exercice de ses missions consultatives, à la cohérence des projets qui lui sont soumis avec la stratégie médicale et le projet médical partagé.

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (vigilances, douleur, politique du médicament ...). Elle contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (éthique, urgences, soins palliatifs, permanence des soins, parcours de soins).

La Commission médicale d'établissement du centre hospitalier a créé 10 sous-commissions spécialisées :

- sous-commission de lutte contre les infections nosocomiales,
- sous-commission de lutte contre la douleur,
- sous-commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- sous-commission évaluation des pratiques professionnelles et développement professionnel continu,
- sous-commission de liaison alimentation et nutrition,
- sous-commission des admissions et des consultations non programmées,
- sous-commission collège de l'information médicale,
- sous-commission de la permanence des soins,
- sous-commission de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance,
- sous-commission des vigilances.

8) La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSMIRT)

Conformément aux dispositions du Code de la santé publique, la CSMIRT du Centre hospitalier Sud-Gironde est présidée par le Directeur des soins, coordonnateur général.

Cette commission comprend des membres élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour parmi les personnels relevant de trois collèges (cadres de santé, personnels infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, aides-soignants).

Les missions et le fonctionnement de la CSIRMT font l'objet d'un règlement intérieur dédié, annexé au présent règlement intérieur (annexe 5).

Les représentants élus constituent trois collèges : le collège des cadres de santé, le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotéchnique, le collège des aides-soignants. Les règles de sa composition sont fixées par le code de la santé publique et la répartition du nombre de ses sièges est déclinée dans son règlement intérieur qui est en annexe (Annexe n°5) du présent règlement.

La CSIRMT a pour finalité majeure de reconnaître et valoriser le droit d'expression des professionnels du service de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchnique. Elle formule des avis sur le projet de soins infirmiers de rééducation et médicotéchniques, la recherche dans le domaine des soins infirmiers de rééducation et médicotéchniques et l'évaluation de ces soins, l'élaboration d'une politique de formation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

9) Le Comité technique d'établissement

Le Comité technique d'établissement (CTE) est une instance de représentation des personnels non médicaux de l'établissement. Il s'agit d'une instance consultative. Ses membres sont élus par les personnels non médicaux du CH Sud-Gironde dans le cadre d'un calendrier de renouvellement déterminé au niveau national. Il comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, des représentants des personnels élus par collèges.

Le règlement intérieur du comité technique d'établissement est en annexe du présent règlement (annexe 4).

L'article R.6144-40 du Code de la santé publique modifié définit les questions sur lesquelles le comité d'établissement est obligatoirement consulté, d'une part en renvoyant aux questions sur lesquelles le conseil de surveillance délibère (mentionnées à l'article L.6143-1 du CSP), d'autre part en mentionnant précisément des attributions qui antérieurement faisaient partie des projets de délibération du conseil de surveillance.

Le périmètre de compétences défini dans ce second cadre concerne :

- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'ARS ;
- la politique sociale, des modalités de la politique d'intéressement ainsi que du bilan social ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité technique d'établissement est également consulté sur le plan de développement professionnel continu. Il est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Enfin, le comité technique d'établissement est informé des termes du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, de l'état des prévisions des recettes et de dépenses, et des actions de coopération proposées par le Président du Directoire au Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

10) Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Le CHSCT est défini aux articles L.4612-1 et suivants du Code du travail. Sa mission est de participer à l'amélioration des conditions de travail, à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des travailleurs dans l'établissement.

Le règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est en annexe du présent règlement (annexe 6).

Présidé par le directeur, le CHSCT est composé au CH Sud-Gironde :

- Du Directeur de l'établissement ou son représentant qui en assure la présidence.
- Six représentants des personnels non médecins, non pharmaciens
- Un représentant des médecins, pharmacien et odontologistes.

Désignation des personnels médicaux et non médicaux :

La désignation des représentants des personnels non médicaux est effectuée parmi le personnel (titulaire, stagiaire ou contractuel) par les organisations syndicales existantes dans l'établissement lors du renouvellement du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix moyen recueilli par chacune des organisations syndicales de l'établissement à l'occasion du renouvellement des commissions administratives paritaires départementales et avec répartition des restes à la forte moyenne.

La désignation des représentants des personnels médicaux est effectuée par la CME en son sein.

Les organisations syndicales doivent désigner les membres suppléants qui auraient à siéger en cas d'empêchement des membres titulaires.

Assistent au CHSCT à titre consultatif :

- Le médecin du travail
- Le directeur des services économiques ou son représentant
- L'ingénieur ou à défaut, le technicien chargé de la maintenance des installations
- Le directeur des soins infirmiers
- L'inspecteur du travail
- Le médecin chargé de l'hygiène

Les membres occasionnels :

Le CHSCT peut faire appel, à titre consultatif et occasionnel à toute personne de l'établissement qui lui paraîtrait qualifiée qui assistera aux points qui la concernent, ainsi que d'experts extérieurs à l'établissement. Le Directeur peut être accompagné des collaborateurs de son choix. Le Directeur arrête la liste nominative des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Cette liste est affichée dans les locaux affectés au travail.

Il est également complété de membres consultatifs : le médecin du travail, le directeur des services économiques et logistiques, le directeur des soins, le praticien en charge de la cellule d'hygiène et l'inspecteur du travail.

Cette instance a vocation à promouvoir la santé et la sécurité des agents hospitaliers et des employés des sociétés titulaires de contrat avec le CH Sud Gironde. Elle se doit de procéder à l'analyse des risques professionnels et de proposer des actions de promotion tendant à la maîtrise effective des risques. Le CHSCT donne un avis sur le règlement intérieur, sur le rapport annuel présenté par le directeur, sur le bilan de l'hygiène,

de la sécurité et des conditions de travail et sur le programme annuel de prévention des risques. Organe consultatif, le CHSCT peut solliciter des expertises dans les domaines de ses compétences.

11) Les Commissions administratives paritaires locales et le Conseil de discipline

Présidées par le président du Conseil de surveillance, elles sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement. Elles sont composées pour moitié de représentants de l'administration et pour moitié de représentants du personnel élus par leurs pairs. Les commissions administratives paritaires locales sont saisies de questions relatives à des décisions individuelles de refus (titularisation, licenciement en cours de stage, congé pour formation, temps partiel, acceptation de démission, mobilisation CPF, congé au titre du CET) ainsi que des demandes de révision du compte rendu de l'entretien professionnel.

Emanation des commissions administratives paritaires, le Conseil de discipline est obligatoirement convoqué par le directeur lorsqu'une sanction autre que l'avertissement ou le blâme est envisagé pour le personnel non médical. Le Conseil de discipline a vocation à proposer au Directeur une sanction proportionnée à la faute commise dans l'échelle des sanctions prévues par le statut de la fonction publique hospitalière. Le directeur a la faculté de suivre l'avis du conseil ou d'infliger une sanction plus sévère que celle proposée par le conseil de discipline. L'agent dispose toujours des voies de recours gracieux (devant l'auteur de la décision de la sanction), hiérarchique (devant la commission des recours du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière) ou contentieux (Tribunal Administratif).

12) La Commission d'activité libérale

La Commission d'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale dans le respect des dispositions règlementaires et des contrats signés par les praticiens.

Ses membres sont nommés par le Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour trois ans.

Elle se réunit deux fois par an et plus si nécessaire.

La charte de l'activité libérale précise les principes fondamentaux, les conditions d'exercice, le respect des droits du patient, les modalités de contrôle et les dispositions financières (annexe 9).

13) La Commission des usagers des établissements de santé

La Commission constitue :

- une instance d'assistance et de dialogue avec les usagers et non une commission ayant un pouvoir juridique,
- un organe technique interne en matière de politique d'accueil des usagers et de prise en charge des patients, chargé d'émettre des propositions mais aussi de recenser l'existant dans ces deux domaines.

Elle a pour missions :

- de participer à la mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement,
- d'examiner les plaintes et réclamations, hors recours gracieux et contentieux,
- de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches dans tous les domaines, que ce soit dans celui de l'organisation des soins ou dans celui du fonctionnement médical,
- de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches, en évaluant la qualité de la prise en charge des patients et des usagers au sein de l'établissement et les politiques menées dans ce cadre et en participant aux groupes de travail de l'établissement,
- de rédiger un rapport annuel transmis notamment au Conseil de surveillance de l'établissement.

La Commission est constituée :

- du représentant légal de l'établissement,

- deux médiateurs (médical et non-médical) et leurs suppléants, désignés par le Directeur après avis de la CME,
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine,
- du Président de la CME ou son représentant,
- un représentant de la CSMIRT et son suppléant,
- un représentant du personnel et son suppléant, nommés parmi les membres du CTE,
- un représentant du Conseil de Surveillance.

La présidence de la Commission est assurée par le représentant légal de l'établissement ou par un représentant des usagers.

La liste nominative des membres figure dans le livret d'accueil du patient de l'établissement et le règlement intérieur de la commission est en annexe du présent règlement (annexe 7).

14) Les Conseils de la Vie Sociale (CVS)

Instance de participation active des résidents, et de leurs proches ou représentants, à la vie quotidienne de la structure, à la qualité des services et des soins qui y sont dispensés, le conseil de la vie sociale assure l'expression des personnes hébergées. Il est obligatoire dans tout établissement assurant de l'hébergement ou de l'accueil de jour continu.

Chaque structure d'hébergement médico-social du CH Sud-Gironde (EHPAD Val de Brion, EHPAD de la Réole, Etablissement d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée et Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés) dispose d'un conseil de la vie sociale.

Cette instance a vocation à émettre des avis et à faire des propositions sur toute question intéressant :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- l'élaboration et la modification du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement,
- les activités,
- l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques,
- les projets de travaux et d'équipements,
- la nature et le prix des services rendus,
- les projets de travaux et d'équipements,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants,
- les modifications dans les conditions de prise en charge.

Le CVS est composé :

- d'une majorité de représentants des usagers élus à bulletin secret,
- de représentants des salariés élus,
- et d'administrateurs désignés par le Conseil de Surveillance.

Ces participants ont voix délibérative. Assiste également le Directeur ou son représentant, avec voix consultative.

Le Président et le Président suppléant du CVS sont élus par les représentants des usagers et parmi eux.

Les règlements intérieurs de chacune de ces cinq structures ainsi que de leurs conseils de la vie sociale respectifs sont en annexe du présent règlement (annexe n°8).

15) Le Comité de pilotage Qualité-Gestion des risques

Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité. A cet effet, ils développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. La Haute Autorité de Santé, contribue au développement de cette évaluation.

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé font l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de Santé, vise à porter 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 de l'établissement.

Afin de conduire cette démarche d'évaluation permanente de la qualité des soins délivrés et d'élaborer une politique permettant une amélioration continue de la qualité, le centre hospitalier est doté d'un comité de pilotage qualité-gestion des risques composé de professionnels et de référents de l'établissement ainsi que de représentants des usagers.

Ce comité a pour missions :

- d'élaborer la politique et le programme d'actions qualité-gestion des risques de l'établissement,
- de déterminer les priorités du programme d'actions au vu des exigences réglementaires (certification) et organisationnelles,
- de suivre la mise en place des démarches de certification,
- de suivre la mise en œuvre et les actions d'évaluation du programme d'actions, de valider la cartographie des risques de l'établissement.

Sous-section II : L'organisation en pôles

16) L'organisation de l'établissement en pôles d'activités

Conformément aux articles L. 6143-7 et L.6146-1 du Code de la santé publique et au projet médical d'établissement, le Directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité, après avis du Président de la CME.

Ces pôles sont au nombre de cinq :

- Pôle Chirurgie/Gynéco-obstétrique/Bloc opératoire
- Pôle Médecine
- Pôle Urgences/Soins continus
- Pôle Réhabilitation/Gériatrie et Polyhandicap
- Pôle Médicotechnique

Chaque pôle s'engage contractuellement avec le Directeur, après consultation du Directoire, sur son activité, l'amélioration de la qualité, le respect des orientations qui lui sont fixées en cohérence avec les orientations du projet médico-soignant. Le contrat pluriannuel sera actualisé annuellement par voie d'avenant. Ces évolutions font l'objet d'avenants à chaque contrat de pôle. Ces avenants feront l'objet d'une information au CTE, au Directoire, à la CME et au Conseil de surveillance.

Les pôles d'activités peuvent comporter en outre des structures internes de prise en charge par les équipes médicales, soignantes et médicotechniques. Ces structures internes peuvent notamment porter le nom de service ou d'unité fonctionnelle. Elles sont placées sous la responsabilité d'un praticien. Ces structures internes sont créées par décision du Directeur prise après concertation avec le Directoire, sur la base du contrat de pôle et d'un projet de service, sur proposition du Président de la CME, et après avis du Chef de pôle et du CTE.

Ces structures sont définies dans le projet de pôle établi sur la base du contrat de pôle. Le projet de pôle a pour objet de définir, sur la base de ce contrat :

- Les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles,
- L'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

17) La nomination et missions des praticiens Chefs de pôle

Le Président de la CME et le Directeur de l'établissement procèdent à la nomination, pour 4 ans renouvelables, aux fonctions des Chefs de pôle d'activité clinique et médicotechnique, conformément à l'article L.6143-7-3 du CSP. Ils peuvent y mettre fin dans l'intérêt du service.

Une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions est proposée aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle. La durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle est assisté d'un cadre référent de pôle (cadre supérieur de santé). Un membre de l'équipe de direction est désigné pour être directeur référent du pôle et permettre d'instaurer une relation directe entre le chef de pôle, le cadre référent du pôle et l'équipe de direction.

Le praticien, Chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique :

- Met en œuvre au sein de son pôle la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle ;
- Organise, avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité. 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 ;
- Exerce un rôle, précisé par le contrat de pôle, dans les domaines suivants :
 - gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartitions des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle,
 - gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux,
 - définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière,
 - proposition au directeur du recrutement de personnel non titulaire du pôle,
 - affectation des personnels au sein du pôle,
 - organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique,
 - participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutique et odontologiques.
- Intervient dans la gestion des personnels médicaux :
 - nomination des personnels médicaux : il propose au directeur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers. Cette proposition donne lieu à un avis du président de la CME.
 - Admission de médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux : il peut proposer au directeur l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes, odontologiste exerçant à titre libéral. Le président de la CME donne un avis sur cette proposition.

- Assure la concertation interne au sein du pôle

Les Chefs de pôle sont membres de la CME.

18) Les contrats de pôle

Au terme des dispositions de l'article R.6146-8. I du Code de Santé Publique : « *Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, 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. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs* ». Le contrat de pôle est conclu pour une période de quatre ans. Il fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Un socle commun de pratiques à mettre en œuvre sera rappelé dans le contrat (Hygiène, Démarche Qualité...) d'une part, le développement de pratiques spécifiques au pôle pourra être intégré d'autre part.

Le contrat de pôle fixe les modalités d'engagements réciproques des signataires concernant les objectifs du pôle, les moyens mis à sa disposition (y compris en matière de ressources mutualisées – kinésithérapeutes, assistantes sociales), des indicateurs de suivi de sa gestion.

Le contrat de pôle peut définir le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- Dépenses de formation de personnels ;
- Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- Dépenses à caractère hôtelier ;
- Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical.

Il pourra préciser, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Il intègre la déclinaison au niveau du pôle des indicateurs de qualité et d'activité retenus dans le cadre des dispositions du Contrat d'Objectifs et de Moyens.

La dimension du pôle et la volonté des acteurs conduira à des périmètres et des degrés variables de délégation.

19) Les projets de pôle

Au terme des dispositions de l'article R.6146-9 du Code de la Santé Publique : « *Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.* »

Le projet de pôle est élaboré dans le respect des orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et du Programme Régional de Santé, du projet médical du territoire et du projet d'établissement.

20) L'organisation interne des pôles

Le chef de pôle organise une concertation interne au 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.

Cette concertation peut se faire via une assemblée de pôle, dont les modalités sont arrêtées par le Chef de pôle.

Le Chef de pôle est assisté d'un bureau de pôle, intervenant en soutien pour l'aider à préparer puis à mettre en œuvre l'ensemble des dossiers qui concernent le pôle.

21) La nomination et missions des chefs de service et responsables de structures internes des pôles

Les chefs de service et responsables des structures internes des pôles assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée.

Ils sont nommés par le Directeur après avis du Président de la CME et du Chef de pôle. Ils sont nommés pour une durée de quatre ans renouvelable et il peut être mis fin à leurs fonctions dans l'intérêt du service par le Directeur après avis (ou proposition) du Chef de pôle et du Président de la CME.

Sous-section III : L'organisation des soins et des activités médicales

22) L'organisation de la permanence des soins

L'organisation des activités médicales et pharmaceutiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, qui se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients, dans un service de soins de l'établissement, en aval et/ou dans le cadre de la médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h du soir et jusqu'à 8h du matin), le weekend (à partir du samedi midi) et les jours fériés.

La permanence des soins peut prendre la forme :

- D'une **permanence à l'hôpital** impliquant la présence continue (dénommée « *garde sur place* ») dans l'enceinte de l'établissement,
- D'une **astreinte opérationnelle** à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel,
- D'une **astreinte de sécurité** de nuit, de dimanche et/ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents,
- D'**appels exceptionnels** (les disciplines dans lesquelles les appels sont exceptionnels ne donnent pas lieu à une liste de garde).

Tous les praticiens à temps plein ou à temps partiel, les assistants, les praticiens contractuels et les praticiens attachés participent à la permanence des soins, sauf exception fixée réglementairement.

Dans le cadre des dispositions réglementaires sur l'organisation et l'indemnisation de la permanence des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le Directeur arrête les tableaux de service mensuels et les tableaux mensuels de participation au service des gardes et astreintes. Ces tableaux prévisionnels sont transmis au Directeur par le chef de pôle ou les praticiens désignés par celui-ci avant le 20 du mois précédant le mois concerné.

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.

23) La garantie d'application des règles de déontologie professionnelle

Le Centre hospitalier Sud-Gironde garantit l'application et le respect des règles de déontologie professionnelle telles que fixées par le Code de la santé publique.

En particulier, s'agissant des règles de déontologie médicale fixées par le Code de la santé publique, tous les professionnels soignent avec la même conscience les malades accueillis dans les pôles d'activité cliniques et médicotechniques, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur genre, leur orientation sexuelle, leur réputation et les sentiments qu'ils inspirent.

Dans ce cadre, les praticiens sont libres de leurs prescriptions, qui devront toujours être celles qu'ils estiment les plus appropriées et les plus justifiées en la circonstance. Pour ce faire, ils se référeront notamment aux recommandations et outils mis à leur disposition et à l'état de la science.

En outre, le Centre hospitalier Sud-Gironde garantit aux praticiens qui exercent dans les pôles d'activité clinique et médicotechnique l'indépendance professionnelle telle que prévue par le Code de la santé publique.

24) La nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers à temps plein ou partiel au sein du centre hospitalier est prononcée, sur proposition du Directeur, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion. Leur affectation est prononcée par le Directeur sur un poste vacant du pôle d'activités, sur proposition du Président de la CME et du Chef de pôle ou, à défaut de celui-ci, du responsable de la structure interne concernée.

25) Les dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

La gérance de la pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien, désigné par le Directeur après concertation avec le Président de la CME. Celui-ci est responsable du respect des dispositions réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique. Il peut se faire aider de pharmaciens et de personnels spécialisés, placés sous son autorité technique.

La pharmacie à usage intérieur de l'établissement est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques du CH Sud-Gironde, notamment :

- D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique ainsi que des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux définis à l'article L. 5121-1-1 du même code, et d'en assurer la qualité ;
- De mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- De mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.
- D'exercer les actions de pharmacie clinique conformément à l'article R.5126-10 du Code de la santé publique :
 - L'exercice pharmaceutique clinique des prescriptions,
 - La réalisation de bilans de médication,
 - L'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés,
 - Les entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients,
 - L'élaboration de la stratégie thérapeutique permettant d'assurer l'efficacité des prescriptions, et d'améliorer l'administration des médicaments.

L'établissement définit une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, et met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux stériles conformément à l'article L.6111-2 du Code de santé publique. La contribution de la CME à l'élaboration d'une politique d'amélioration continue de la qualité porte notamment sur la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse :

- S'assure que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué ;
- Rend compte à la Direction et à la CME du fonctionnement du système de management de la qualité ;
- Propose à la Direction et à la CME les améliorations du système de management de la qualité qu'il estime nécessaires.

26) Les dispositions spécifiques aux biologistes responsables du service de biologie médicale

La direction du laboratoire de biologie médicale est confiée à un biologiste médical dénommé Chef du service de biologie médicale, dans le respect des règles d'indépendance professionnelle reconnue au médecin et au pharmacien. Le biologiste médical est soit médecin, soit pharmacien (article L.6213-1 du Code de la santé publique). Il est responsable de l'ensemble des actes constituant l'examen de biologie médicale.

Ses missions sont les suivantes :

- L'organisation technique et la supervision du fonctionnement des activités du laboratoire,
- L'intégration des activités du laboratoire dans le projet d'établissement et le CPOM,
- Le contrôle du respect des conditions légales et réglementaires de fonctionnement du laboratoire et des normes de qualité applicables,
- L'autorité fonctionnelle sur les personnels intervenant dans le laboratoire.

Le laboratoire de biologie médicale est soumis à une procédure d'accréditation intégrant les trois phases de l'examen de biologie médicale : la phase pré-analytique, la phase analytique et la phase post-analytique.

27) Le personnel médical, pharmaceutique et continuité du service

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical et pharmaceutique du centre hospitalier, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le 3e cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, assurent :

- ▶ les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de compétence pharmaceutique tels que visés par l'article L4211-1 du code de la santé publique) ;
- ▶ la participation à la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés.

A défaut d'une organisation différente et spécifiquement mise en place, les remplacements durant les périodes de congés sont assurés au sein de chaque pôle d'activités. Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au Plan Blanc prévu à l'article 31 du présent règlement.

28) Les internes

Les internes en médecine ou en pharmacie sont des praticiens en formation spécialisée. Ils consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales, médicotechniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation. Les bornes horaires (temps de travail) sont : 9h – 18h.

Ils exercent leurs fonctions par délégation et sous l'autorité du praticien agréé auprès duquel l'ARS Nouvelle-Aquitaine les a affectés. Afin de participer à la permanence et à la continuité des soins, l'interne participe au service de gardes et astreintes qui lui sont dédiées en dehors du service normal de jour et sous la responsabilité d'un praticien sénior.

Les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), chaque jour, aux heures arrêtées par le responsable de la structure interne concernée du pôle d'activités. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien de la structure médicale où ils sont affectés. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif que sous la responsabilité du praticien responsable de la structure médicale concernée et à la condition qu'un praticien soit en mesure d'intervenir à tout moment. Lorsqu'ils sont affectés dans des structures d'activités médicotechniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes non thésés ne sont pas habilités à signer des prescriptions exécutées en ville, ils sont uniquement autorisés à préparer ces prescriptions qui sont validées et signées par l'un des médecins thésés de leur service d'affectation.

29) Les soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques

La coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques est confiée à un Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, membre de droit du Directoire.

Le Directeur des soins coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au Directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles.

Les Cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médicotechniques.

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.

Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médicotechniques diplômés d'État ou équivalents exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les Aides-soignants et les Auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux patients et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation.

Les Agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

30) Les étudiants des écoles paramédicales

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 en soins infirmiers 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 suivent des enseignements pratiques dispensés au sein du centre hospitalier et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Sous-section IV : Les dispositions relatives à la sécurité, l'hygiène, la gestion des risques et la qualité

31) La sécurité générale : règles et responsabilités

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le centre hospitalier assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital, le Directeur les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit. Le Directeur veille au respect des règles de sécurité, du fonctionnement de l'établissement et coordonne leur mise en œuvre.

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

Les règles de sécurité en vigueur au sein de l'établissement sont opposables aux organismes logés sur son domaine. Le présent règlement intérieur leur est transmis à cet effet. Les dits organismes peuvent établir pour les locaux qu'ils occupent, tant qu'elles ne dérogent pas aux règles de sécurité en vigueur au sein de l'établissement des règles de sécurité spécifiques. Ils sont alors tenus de les porter à la connaissance du Directeur.

Tout agent de l'établissement participe, dans la limite de ses moyens et de ses attributions, à la sécurité générale de l'établissement. Ceci passe notamment par la connaissance des protocoles de sécurité technique en vigueur dans l'établissement.

En cas de problèmes de sécurité, tous les personnels qui interviennent exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect du statut de la fonction publique hospitalière et des textes pris pour son application. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du code pénal (légitime défense ou état de nécessité). Ils interviennent dans les services de soins à la demande des personnels en situation de danger ou à la demande du Directeur de l'hôpital ou de son représentant. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins. En dehors du cas de péril grave et imminent, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder à l'ouverture d'une armoire ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

L'ouverture d'un vestiaire est soumise à une décision du Directeur de l'établissement en cas de circonstances exceptionnelles et à la présence et à l'accord des intéressés.

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le Directeur aux instances représentatives locales compétentes de l'établissement. A la date de rédaction du présent règlement, seuls la maternité et le service des urgences du site de Langon (accueil patients valides et accueil patients couchés) sont équipés d'un système de vidéosurveillance. Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. La mise en œuvre par l'établissement 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. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par le centre hospitalier. Le centre hospitalier, représenté par son Directeur, peut se porter partie civile en cas d'affaire pénale concernant des faits de violence perpétrés à l'encontre du personnel.

32) L'organisation de la permanence de direction

Pour veiller à la bonne marche du service public hospitalier et parer à tout évènement qui pourrait en entraver le fonctionnement normal et continu, le Directeur organise avec les membres de son équipe de direction et d'autres collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, un service d'astreinte assuré selon un calendrier établi par le Directeur.

L'administrateur d'astreinte peut être contacté 24h/24, 365 jours/365. Il décide de toute mesure nécessaire, par délégation du Directeur, réunit la cellule de crise et décide du déclenchement du plan blanc si la situation l'exige. Il rend compte et alerte, selon son appréciation de la situation, de sa gravité ou de son impact, le Directeur.

Il doit notamment être contacté sans délai dans les cas suivants :

- demande d'autopsie,
- mise en garde à vue,
- admission sur décision du directeur d'établissement et admission sur décision du Préfet,
- sortie sans autorisation, fugue,
- admission d'un patient détenu,
- situation de violence,
- admission d'un mineur sans autorisation de soins du représentant légal,
- tentative de suicide d'un patient, d'un résident,
- problème médico-légal suite à un décès.

Cette liste n'est pas exhaustive. Il revient à chaque professionnel de juger de l'importance des faits et de leurs implications potentielles.

33) L'astreinte technique

Le Directeur du centre hospitalier organise une astreinte technique afin que l'établissement puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité de son fonctionnement. Il désigne les agents des services techniques du centre hospitalier qui participent à cette astreinte, distincte du service de garde de direction prévu à l'article 3.

34) Les règles de responsabilité

Les faits répréhensibles perpétrés dans l'enceinte du Centre hospitalier Sud-Gironde engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

L'établissement assure en outre, en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, agissements constitutifs de harcèlement, diffamations ou outrages, la protection et l'accompagnement (dépôt de plainte) des agents hospitaliers qui en sont victimes de par leur qualité d'agent de l'établissement et sans qu'une faute personnelle puisse être imputée.

Seule la victime de tels dommages peut déposer plainte. Le Directeur porte plainte au nom de l'établissement pour les dommages subis par le Centre hospitalier Sud-Gironde.

35) Les rapports avec les autorités judiciaires et de police

Le Directeur, en sa qualité de représentant légal de l'établissement, a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. En principe, le Directeur ou son représentant, administrateur de garde, décide s'il y a lieu de demander une intervention de police au sein de l'établissement, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. Cependant, en cas de danger avéré et imminent, le personnel du centre

hospitalier doit appeler directement les forces de police. Le service hospitalier concerné prévient alors le Directeur ou l'administrateur de garde dans les plus brefs délais.

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

En cas d'enquête d'intervention des autorités de police ou d'enquête de police judiciaire dans l'établissement, le Directeur ou son représentant doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette intervention ou cette enquête interviennent. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

En cas de réquisition d'un dossier médical, celle-ci a lieu en présence du Directeur ou de son représentant et d'un Médecin de l'établissement.

36) La sécurité incendie

L'hôpital est assujéti aux règles de sécurité anti-incendie applicables aux établissements recevant du public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, blanchisserie...) doivent, en outre, être conformes aux dispositions en vigueur, relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

Le personnel du Centre hospitalier Sud-Gironde est chargé de la mise en sécurité des patients hospitalisés, consultants ou visiteurs en cas d'incendie. A ce titre, la participation sur le temps de travail aux séances de formation et aux exercices pratiques organisés par l'établissement est obligatoire.

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

- l'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, en particulier les agents chargés de la sécurité désignés par le directeur ainsi que les personnels de la permanence technique ;
- les 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 et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes coupe-feu, clapets coupe-feu...) ;
- les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans l'établissement ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres.

Ces renseignements sont communiqués à la Commission Départementale de Sécurité à l'occasion de ses passages au sein de l'établissement.

Toute personne témoin d'un incendie doit prévenir immédiatement le service technique en journée (Langon poste 7455 – La Réole poste 518), de nuit (Langon poste 8305 / astreinte technique ou agent de sécurité poste 3719 – La Réole poste 518) et intervenir sur l'éclosion de l'incendie avec les extincteurs mobiles à disposition conformément aux consignes générales de sécurité qui sont affichées dans tous les bâtiments. Le service technique avertit le Directeur ou l'administrateur de garde, qui déclenche le plan d'organisation interne des secours. Des exercices d'alerte sont organisés régulièrement à cet effet.

Afin de garantir la sécurité de tous, les personnels hospitaliers veillent à ce que :

- rien n'entrave la fermeture des portes coupe-feu à déclenchement automatique,

- les couloirs, les sorties, les issues de secours et tout dégagement soient libres de tout obstacle rendant difficile l'évacuation éventuelle en cas d'incendie.

Enfin, le Centre hospitalier Sud-Gironde déclenche, autant que nécessaire, les visites réglementaires des commissions de sécurité.

37) La politique de sécurité des systèmes d'information

Les systèmes d'information recouvrent l'ensemble des ressources matérielles, logicielles, applications, bases de données et réseaux de télécommunications, qui produisent, transportent, exploitent ou restituent des données numériques relatives aux activités du Centre Hospitalier Sud Gironde et du GHT.

La politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI) du Centre Hospitalier et du GHT sont publiées sur le site intranet du Centre Hospitalier. Elles définissent les règles organisationnelles et techniques ayant pour objectif la protection des systèmes d'information. Ces règles sont appliquées par tous les professionnels intervenants au Centre Hospitalier.

38) Les règles applicables relatives à l'usage des systèmes d'information

Les systèmes d'information du Centre Hospitalier sont mis à disposition d'utilisateurs, qu'ils soient utilisateurs finaux (agent ou non du Centre Hospitalier), administrateurs, prestataires, partenaires ou tout autres tiers.

Cette mise à disposition suppose le respect des dispositions législatives et réglementaires, et notamment les conditions générales d'utilisation des systèmes d'information du Centre Hospitalier Sud Gironde qui sont définies dans les chartes pour l'usage du système d'information. Ces chartes recensent les droits, les obligations et les responsabilités de toute personne ou entité utilisant les systèmes d'information du Centre Hospitalier et travaillant pour le compte du Centre Hospitalier.

La validation de ces chartes est supposée acquise avec leur rattachement au règlement intérieur. L'information aux utilisateurs se fait par la connexion à un poste de travail. L'acceptation de la charte permet l'accès aux systèmes d'information. Tout changement majeur des chartes fera l'objet d'une nouvelle information et acceptation de la part de l'utilisateur. Les chartes d'utilisation du système d'information sont publiées sur l'Intranet du CH Sud-Gironde.

39) Les règles applicables aux traitements automatisés de données à caractère personnel

L'ensemble des professionnels de l'établissement est tenu de respecter les règles de confidentialité applicables aux données traitées par l'hôpital et d'utiliser en conséquence les outils adaptés. Tout traitement de données à caractère personnel fait en amont l'objet d'un avis du délégué à la protection des données personnelles du CH Sud-Gironde.

40) Les règles applicables en matière d'accès et d'utilisation des dossiers médicaux informatisés

Les principes retenus au sein de la politique d'autorisation des accès au système d'information publiée sur le site Intranet du CH Sud-Gironde, procèdent de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre le partage de l'information par l'équipe de soins. Dès lors, le dossier médical d'un patient hospitalisé au CH Sud-Gironde est accessible aux équipes soignantes au sens de l'article L.1110-12 du Code de la santé publique, qui concourent à la prise en charge de ce patient à condition que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médicosocial et social, et que cet échange ait lieu dans le périmètre de leurs missions respectives. Seuls les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge directe du patient sont autorisés à consulter ou à accéder aux données de santé de ce patient. Toute consultation ou utilisation de données non justifiée par la prise en charge du patient est formellement prohibée et sanctionnable.

41) Les interdictions

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital. Chacun est tenu de l'observer.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites du centre hospitalier, sauf les chiens des personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité et les animaux éventuellement autorisés à titre dérogatoire dans les structures médico-sociales de l'établissement.

Par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, et conformément à la réglementation, il est strictement interdit de fumer et de vapoter (usage de la cigarette électronique) dans l'ensemble des locaux du centre hospitalier. Cette interdiction s'applique dans tous les secteurs d'activité. Elle s'applique notamment aux bureaux individuels, aux chambres des patients et des résidents des structures médico-sociales. Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction.

Par mesure de sécurité, l'usage des téléphones portables doit être le plus restreint possible dans les locaux hospitaliers. Il est formellement interdit dans tous les services de soins ou médicotechniques, qui en signalent explicitement l'interdiction par voie d'affichage.

L'introduction d'armes ou de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du centre hospitalier est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à une saisie de ces objets ou produits par les autorités de police ou de gendarmerie.

42) Le calme et la tranquillité

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du Centre hospitalier Sud-Gironde est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie par le personnel de sécurité.

Par ailleurs, à partir de 21 heures, les accompagnants, hors ceux autorisés par l'équipe médicale à rester dans la chambre du patient, quittent l'établissement.

Chaque service fixe, selon l'état de santé du patient et ses spécificités, le nombre maximum d'accompagnants autorisés à être simultanément présents dans le service.

Il est strictement interdit d'effectuer des prises photographiques ou vidéo des locaux et des personnels de l'établissement sans autorisation préalable formalisée.

43) La circulation et le stationnement des véhicules

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte du centre hospitalier constituent des dépendances du domaine public que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public. Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers de l'établissement, ne peuvent être considérés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent donc à la compétence directe des autorités chargées de la police de la circulation.

En cas de vol, de dommage, d'accident, les règles et procédures générales de responsabilité et d'indemnisation s'appliquent au sein du centre hospitalier. L'établissement ne pourra en être tenu pour responsable.

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives de l'établissement. Dans ce cadre et sous réserve de l'application du code de la route dans celles de ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le Directeur régleme nte l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

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

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement et limiter l'accès au nombre de véhicules correspondant au nombre de places de stationnement libres.

En matière de stationnement aux abords de l'établissement, et notamment à proximité de ses entrées, le passage et la visibilité doivent être parfaitement dégagés et assurés afin de pouvoir permettre en permanence un accès immédiat et sans danger des véhicules de secours d'urgence (véhicules du SMUR, des pompiers, ambulances...). Le Directeur ou l'administrateur de garde peut solliciter l'intervention des forces de police pour qu'ils prennent toutes les mesures utiles à l'encontre de tout véhicule ne respectant pas ces nécessités.

44) Les parkings réservés au personnel et aux usagers

Des parkings et des emplacements particuliers sont signalés sur les deux sites du centre hospitalier comme étant à usage strictement réservé des personnels ou bien des usagers et visiteurs. En conséquence, l'interdiction de se garer sur les parkings usagers et visiteurs s'applique aux personnes extérieures qui ne sont ni usagers ni visiteurs ainsi qu'aux personnels.

45) La signalisation et les sanctions

Toutes les dispositions prises en application des articles 33 et 34 doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute du centre hospitalier, elles ne sauraient donc engager la responsabilité du centre hospitalier, notamment en cas de vols ou de dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peuvent entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement de l'établissement – entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par le code de la route.

46) Les circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Le CHSCT en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

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

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

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

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

L'accueil d'un nombre élevé de malades ou blessés, avec ou sans mise en place du «Plan ORSEC» ou du «Plan Rouge», fait l'objet d'un document séparé intitulé «Plan Blanc».

47) Le plan Blanc

Le Centre hospitalier Sud-Gironde est doté d'un dispositif de crise dénommé « *Plan Blanc d'établissement* », qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux massif de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le Plan Blanc d'établissement est déclenché par le Directeur, soit à son initiative, soit à la demande du Préfet de département, ou de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Il en informe dans tous les cas sans délai ce dernier. Le déclenchement du plan s'accompagne de la mise en place d'une cellule de crise qui s'assure de sa mise en œuvre.

Chaque membre du personnel impliqué est titulaire d'une fiche-réflexe qui décrit les actions à mettre en œuvre en cas de déclenchement du plan.

48) Le plan gouvernemental Vigipirate

Les mesures Vigipirate s'appliquent à toutes les personnes présentes sur les sites du Centre hospitalier Sud-Gironde.

Sous peine d'engager sa responsabilité, il est strictement interdit de faciliter l'accès d'une personne dans une zone à accès restreint ou réservée au personnel.

D'une manière générale, les éventuelles opérations de contrôle doivent être facilitées.

Les matériels et effets des personnels, entreprises, patients et visiteurs sont placés sous leur responsabilité et ne doivent, en aucun cas, conduire à une situation suspecte par négligence (abandon, ...). Un comportement responsable et vigilant est attendu de tous.

49) La gestion des risques : organisation des vigilances sanitaires

La gestion des risques au centre hospitalier repose notamment sur la mise en place d'un réseau de référents médecins ou pharmaciens en charge de la prévention, de la surveillance, du signalement auprès des autorités sanitaires et du traitement de tout évènement correspondant à l'un des risques identifiés comme majeurs au sein des établissements de santé.

A cet effet, sont désignés par le Directeur, après avis de la CME ou de ses sous-commissions spécialisées :

- un correspondant d'infectiovigilance (infections associées aux soins),
- un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- un correspondant de pharmacovigilance,
- un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse,
- un correspondant d'identitovigilance,
- un correspondant d'hémovigilance,
- un correspondant de matériovigilance,
- un correspondant de réactovigilance.

Le correspondant d'infectiovigilance

Au centre hospitalier Sud-Gironde, le praticien responsable de l'unité opérationnelle d'hygiène hospitalière est le responsable en charge de ces signalements.

Il procède au signalement de ces cas par écrit et sans délai auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du Directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter-régions. Il informe de la transmission de ce signalement le praticien responsable du pôle d'activité dans lequel le ou les cas sont apparus, le médecin responsable du ou des patients concernés et le représentant légal de l'établissement.

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

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

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Conformément aux articles R6111-2 à 4 du code de la santé publique, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins nommé au sein de l'établissement, est chargé de :

- mettre en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement,
- disposer d'une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables,
- permettre à la CME de disposer des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions mentionné aux articles L6144-1 et L6161-2 du code de la santé publique, assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins,
- permettre à la CME de disposer des éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan annuel des actions mises en œuvre,
- assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

Le correspondant de pharmacovigilance

Le correspondant de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang est le pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur de l'établissement, ou le pharmacien qu'il désigne à cet effet.

Il est responsable au sein de l'établissement de la dispensation et du suivi des médicaments dérivés du sang, ainsi que de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives à ces médicaments, dans les conditions prévues par la réglementation.

Il participe aux travaux du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.

Outre son activité dans le domaine des médicaments dérivés du sang, il concourt dans l'établissement à la pharmacovigilance, telle qu'elle est définie par la réglementation, en développant notamment des actions d'information interne en partenariat avec le centre régional de pharmacovigilance, et en apportant une aide aux professionnels de l'établissement pour leur déclaration d'incidents.

Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

Ce responsable est soit le même pharmacien que celui qui est en charge de la pharmacovigilance, soit un autre pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur de l'établissement.

En application de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, ce dernier est chargé au sein de l'établissement de :

- s'assurer que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué,
- rendre compte à la direction et à la commission médicale d'établissement du fonctionnement du système de management de la qualité,
- proposer à la direction et à la commission médicale d'établissement les améliorations du système de management de la qualité qu'il estime nécessaires.

Le correspondant d'hémovigilance

Le nom du correspondant est communiqué par l'établissement à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, au coordonnateur régional d'hémovigilance, et à l'établissement de transfusion sanguine Nouvelle-Aquitaine.

Il est chargé d'assurer au sein de l'établissement :

- le signalement de tout effet inattendu ou indésirable dû, ou susceptible d'être dû, à l'administration d'un produit sanguin labile,
- le recueil et la conservation des informations prévues par la réglementation, pour chaque unité de produit sanguin labile qui est distribuée à l'établissement, en veillant à la qualité et à la fiabilité de ces informations,
- la communication à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au coordonnateur régional d'hémovigilance des informations qu'ils sollicitent dans le cadre d'investigations,
- la transmission à l'établissement de transfusion sanguine Nouvelle-Aquitaine des informations prévues par la réglementation,
- le signalement à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et au coordonnateur régional d'hémovigilance de toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle,
- les investigations à entreprendre en cas d'urgence sur des effets transfusionnels inattendus ou indésirables. Dans ce cas, il informe sans délai le coordonnateur régional, qui décide de la poursuite ou de l'interruption de ces investigations, et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le correspondant de matériovigilance

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

Il est chargé :

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

- de transmettre sans délai au Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé toute déclaration d'incident ou de risque d'incident faite auprès de lui au titre du signalement obligatoire prévu par la réglementation,
- de transmettre au Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, selon une périodicité trimestrielle, les déclarations d'incident ou de dysfonctionnement faites auprès de lui au titre du signalement facultatif prévu par la réglementation,
- d'informer les fabricants concernés des incidents ou risques d'incident mentionnés ci-dessus,
- d'informer l'Agence de la Biomédecine de tout signalement d'incident ou risque d'incident provoqué par des dispositifs médicaux utilisés dans la collecte, la préparation, la conservation d'éléments et produits du corps humain,
- de conduire les enquêtes et travaux relatifs à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux demandés par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;

2° au sein de l'établissement :

- d'enregistrer, d'analyser et de valider tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical,
- de recommander, le cas échéant, les mesures conservatoires à prendre à la suite d'une déclaration d'incident,
- de donner des avis et conseils aux déclarants pour les aider à procéder au signalement des incidents,
- de sensibiliser l'ensemble des utilisateurs aux problèmes de matériovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;

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

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

Le correspondant de réactovigilance

Son identité et sa qualité sont communiquées au Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Il est chargé :

- d'enregistrer et d'analyser tout incident ou risque d'incident signalé susceptible d'être dû à un dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV),
- de déclarer sans délai au Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tout incident ou risque d'incident dont il a connaissance,
- d'informer les fabricants, mandataires, importateurs ou distributeurs intéressés des incidents ou risques d'incidents mentionnés ci-dessus et d'en informer s'il y a lieu les responsables des autres vigilances des produits de santé dans l'établissement de santé ou au niveau de l'Agence de la Biomédecine,
- de participer aux enquêtes, évaluations et expertises susceptibles d'être mises en œuvre sur les incidents ou risques d'incidents que peuvent présenter les DMDIV,
- de donner des avis et conseils aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement pour les aider à procéder au signalement des incidents,
- de sensibiliser l'ensemble des utilisateurs à la réactovigilance et d'aider à l'évaluation des données concernant la sécurité et les performances des DMDIV.

Le correspondant de biovigilance

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

- recueillir l'ensemble des informations portées à sa connaissance et relatives aux incidents et effets indésirables,
- déclarer tout incident à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé,
- informer le correspondant local de l'Agence de la Biomédecine de tout incident ou effet indésirable survenu dans les activités de prélèvement ou de greffe d'organes ou de tissus,
- informer, dès lors qu'ils sont concernés, les autres correspondants locaux de biovigilance ainsi que les correspondants locaux des autres vigilances des produits de santé,
- procéder aux investigations et examens appropriés,
- signaler à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé toute difficulté rencontrée.

Il doit par ailleurs s'assurer de la mise en place, par les services concernés, des circuits ou des procédures visant au recueil et à la conservation de tout document utile à la traçabilité des produits concernés, des résultats des analyses biologiques et des tests de dépistage. Le Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut demander au correspondant local de mener à bien toute investigation et toute étude relative à la biovigilance.

50) La gestion des risques et le signalement d'événements indésirables

L'évaluation des risques permet la mise en place d'un plan d'actions d'amélioration de la sécurité, que celles-ci soient prospectives ou rétrospectives. La démarche prospective de gestion des risques donne lieu à une cartographie des risques de l'établissement. La démarche rétrospective d'identification des risques repose notamment sur un système de signalement des événements indésirables performant, c'est-à-dire un système

permettant aux personnels de faire remonter tout incident, accident, risque ou dysfonctionnement révélant un défaut dans l'organisation ou le fonctionnement et entraînant des conséquences éventuellement dommageables pour les patients/résidents, visiteurs, personnels, ou pour leurs biens.

Une procédure de déclaration accompagnée d'une fiche de remontée type de ces évènements sont mises en place à cet effet au sein de l'établissement ainsi qu'un comité d'analyse des évènements indésirables. Celui-ci est composé de professionnels formés, leur rôle est d'analyser chaque déclaration dont la criticité le nécessite en lien avec les professionnels acteurs/témoins de l'évènement. Ces recherches de causes profondes donnent lieu à la rédaction et à la mise à jour régulière d'un plan d'actions suivi par ce comité et communiqué au comité de pilotage qualité-gestion des risques mentionné à l'article 11 du présent règlement.

51) La qualité : indicateurs qualité mis à la disposition du public

Conformément à l'article L6144-1 du code de la santé publique et aux arrêtés des 30 décembre 2009 et 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles les établissements de santé mettent à la disposition du public chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, le centre hospitalier procède, par voie d'affichage sur chacun de ses sites, à la diffusion des résultats de ces indicateurs.

Sous-section IV : Les dispositions relatives à la communication au Centre hospitalier Sud-Gironde

52) Le logo

Le logo du Centre hospitalier Sud-Gironde reste l'identité unique de l'institution. Son utilisation sur tout support destiné à un public externe (plaquettes, livrets, ...) est conseillée pour valoriser au mieux l'établissement et soumise à validation par la direction.

53) Les relations avec les journalistes de presse écrite, radio, télé et photographes

Si la presse sollicite directement un secteur d'activité de l'établissement pour répondre à sa demande d'interview ou de reportage, le responsable du secteur concerné transmet systématiquement la demande à la direction. Dans le cas de prise d'images (photos, vidéos, reportage), une autorisation écrite est adressée à l'encadrement du secteur concerné et au média concerné.

Aucune fixation et aucune diffusion d'image par un journaliste de presse écrite, radio, télé et/ou photographe permettant d'identifier les patients et/ou les professionnels ne sont autorisées sans autorisation préalable. Il est obligatoire de recueillir le consentement écrit de la personne concernée ou de ses représentants légaux, qu'il s'agisse d'un usager ou d'un professionnel de l'établissement.

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

Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient. Les paroles et images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le Centre hospitalier Sud-Gironde ne saurait en aucune manière être appelé en garantie dans les cas de litige consécutif à leur utilisation.

54) Le site Internet du Centre hospitalier Sud-Gironde et réseaux sociaux

La communication digitale est encadrée par la direction des affaires générales chargée de la communication, qui est garante de l'identité numérique et de l'image de l'établissement sur son site Internet et les médias sociaux.

Seuls le site internet <https://www.ch-sudgironde.fr> et les comptes officiels sur les réseaux sociaux du Centre hospitalier Sud-Gironde sont légitimes pour diffuser l'information officielle de l'établissement. Pour toute autre

demande de communication ou création de compte en lien avec une activité du Centre hospitalier Sud-Gironde via des supports numériques (site internet, blog, réseaux sociaux...), celle doit être adressée à la direction : communication@ch-sudgironde.fr .

Le Centre hospitalier Sud-Gironde dispose de comptes officiels et institutionnels sur les réseaux sociaux :

- Twitter : [Centre Hospitalier SUD GIRONDE \(@CHSudgironde\) / Twitter](#)
- Facebook : <https://www.facebook.com/Maternité-de-Langon-100829894843753/>
<https://www.facebook.com/CHSudGironde>
- LinkedIn : www.linkedin.com/in/CentrehospitalierSudGironde

L'utilisation des réseaux sociaux par les agents peut être un outil de visibilité et de valorisation de l'image de l'établissement et des professionnels qui y travaillent. Les règles et devoirs relatifs à ces pratiques et liées aux fonctions doivent être respectées : droit à l'image, confidentialité, interdiction de reproduction et de diffusion d'articles de presse réservés aux abonnés, respect et considération des contacts, prudence, responsabilité, protection des informations et vigilance au cadre légal. Seuls les porte-parole désignés par l'établissement peuvent s'exprimer officiellement au nom du Centre hospitalier Sud-Gironde. Sur leurs comptes personnels, les agents parlent en leur nom propre : ce qu'ils écrivent, dans les médias sociaux comme ailleurs, relève de leur responsabilité. Tout professionnel de l'établissement qui s'exprime sur les réseaux sociaux, même sous un pseudonyme, doit conserver une attitude professionnelle et ne pas tenir de propos allant à l'encontre de l'image du Centre hospitalier Sud-Gironde et des intérêts de l'établissement.

SECTION II

Accueil et modalités d'admission

55) Le livret d'accueil et le questionnaire de sortie

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du centre hospitalier un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'établissement, ainsi que les droits et devoirs des patients. La Charte de la personne hospitalisée est annexée à ce livret. Le patient reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

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

En complément du livret d'accueil, des supports d'information thématiques sont mis à disposition des patients dans les services de soins, chaque fois que nécessaire.

56) Les pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient et sous réserve des dispositions relatives aux personnes démunies et aux personnes souhaitant conserver l'anonymat, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions :

- sa carte d'assuré social ou son attestation d'assuré social, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, carte de séjour, passeport...) ;
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur ;
- le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'État ;
- en cas d'accident du travail : la feuille de soins accident de travail délivrée par l'employeur ou la copie de déclaration d'accident de travail établie par l'employeur ;
- si le patient est un ressortissant de la communauté européenne : la carte européenne d'assurance maladie ou attestation de carte européenne valide à la date de la venue.

Si le patient ne peut présenter sa carte Vitale ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Si le patient n'est pas assuré social, il est soit tenu d'acquitter l'intégralité de ses frais d'hospitalisation, soit orienté vers le service social de l'établissement qui l'aidera à réaliser les démarches nécessaires.

57) La désignation de la personne à prévenir

Dès son admission au Centre hospitalier Sud-Gironde, le patient est invité à désigner une personne à prévenir en tant que de besoin.

58) Les consultations

Des actes et examens non-inscrits aux nomenclatures nationales peuvent être proposés aux patients. Ils font l'objet d'une tarification figurant au sein du guide de la tarification qui est actualisé au minimum deux fois par an (1^{er} janvier et 1^{er} juillet de l'année).

59) Le service public hospitalier et l'activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein du centre hospitalier. Néanmoins, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens exerçant au minimum 8 demi-journées par semaine sont autorisés à exercer au sein du centre hospitalier une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la santé publique. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médicotechniques.

Dans certaines spécialités médicales, le patient peut donc être pris en charge, uniquement sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins autorisés à la pratiquer. Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir au préalable, du praticien concerné, les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie. Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée fait l'objet dans l'établissement d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein du centre hospitalier, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale. Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du Directeur et après avis du responsable de la structure médicale concernée, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

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

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

Une commission locale de l'activité libérale est chargée au sein du centre hospitalier de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne.

60) L'inventaire à l'admission, le dépôt de valeurs

Lors de son admission, le patient hospitalisé est invité à effectuer auprès des services administratifs le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession. Au cours de son séjour, le patient est invité à déclarer au personnel soignant pour inventaire les objets de valeur gardés en sa possession. Il est dès lors informé que tout objet de valeur non déposé au coffre demeure sous sa responsabilité.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des personnes hospitalisées sont remis, après inventaire contradictoire effectué dans le service de soins par un professionnel soignant et signé par le patient ou son accompagnant, au régisseur de dépôt de l'établissement. En cas de décès ou si le patient n'a pas récupéré ses valeurs à la fin du séjour, ces dépôts sont transmis au Trésor public de l'établissement en application des dispositions des articles R.1113-3 et R.1113-6 du Code de la santé publique.

Si un malade ou blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont il est porteur est aussitôt dressé et signé par deux personnes du service de soins dans lequel il se trouve et, le cas échéant, son accompagnant. Le dépôt des sommes d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur que l'intéressé détenait est alors effectué par le personnel hospitalier.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt et est informé des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Les objets sont restitués au patient à sa demande, soit au cours de son séjour s'il le souhaite, soit lors de sa sortie, mais seulement durant les jours ouvrables du lundi au jeudi de 8h à 18h, et le vendredi de 8h à 17h. Si le patient est dans l'impossibilité de se déplacer, il peut faire retirer son dépôt par un mandataire désigné par une procuration que le patient aura signé, sur présentation par le mandataire de sa carte d'identité.

Pour les objets conservés par le patient de son propre fait, le Centre hospitalier Sud-Gironde n'est responsable de leur vol, de leur perte ou de leur détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

Il est remis au patient un reçu des objets déposés entre les mains du régisseur. Un exemplaire de ce reçu est versé au dossier administratif du patient et un autre est également conservé dans le service.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le Centre hospitalier Sud-Gironde est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, dans la limite d'un plafond fixé par référence aux dispositions de l'article L1113-2 du code de la santé publique.

61) Le secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission et de son identité dans les conditions prévues par le Code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le Directeur doit alors informer de cette admission les personnes désignées par le Président du Conseil général de la Gironde afin d'organiser l'accompagnement psychologique et social de la femme et de recueillir toute information qu'elle souhaiterait transmettre à son enfant.

Les femmes désirant accoucher dans le secret sont informées des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, des modalités de la levée du secret de leur identité et de la possibilité qu'elles ont à tout moment de donner leur identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elles ont donnés au moment de la naissance. Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement.

L'établissement est tenu de conserver dans les meilleures conditions possibles le dossier médical concerné puisqu'une femme ayant accouché dans l'anonymat peut, à tout moment, fournir des informations complémentaires la concernant et qui pourront être transmises à son enfant.

L'enfant sera, selon le cas :

- remis au service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE) quand il quittera l'hôpital,
- remis au père lorsque celui-ci aura fait établir sa paternité,
- remis à la mère lorsque celle-ci aura décidé de revenir sur son choix et de garder son enfant (sauf impossibilité : adoption, décision judiciaire contraire).

62) L'admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

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

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli. Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien préalable à l'intervention réalisé dans les conditions légales.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Les frais afférents à l'intervention sont pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles D133-1 et D132 du code de la sécurité sociale.

Une femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse.

Toute IVG doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'hôpital au médecin inspecteur régional de santé publique. Cette déclaration ne doit pas mentionner l'identité de la femme.

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

- ▶ soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès au centre hospitalier, la libre circulation des personnes en son sein ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;
- ▶ soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux, des femmes venues subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

63) L'admission des mineurs

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication des personnes titulaires de l'autorité parentale. Dans tous les cas, ces personnes doivent être tenues informées de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission. Néanmoins, 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.

S'agissant d'un mineur non accompagné de nationalité étrangère, qui se trouve sur le territoire sans être accompagné d'un adulte responsable et qui est privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, sa situation relève du service de l'aide sociale à l'enfance. Il faut donc s'assurer que le mineur a intégré le dispositif départemental d'accompagnement et de protection des mineurs non accompagnés, auprès du service de l'aide sociale à l'enfance. Lors de son admission au sein de l'établissement, le mineur doit en principe être accompagné par un professionnel de cette structure. Si le mineur est affilié au régime général en son nom propre, il est autonome pour être admis dans l'établissement et consentir aux soins.

64) La prise en charge des majeurs protégés

Le majeur protégé subit une atteinte totale ou partielle de l'autonomie de sa volonté.

Lorsque le majeur est placé sous la sauvegarde de justice ou sous curatelle, son seul consentement suffit, en principe, pour toute admission ou intervention chirurgicale le concernant. Toutefois, dans le cas où le patient présente des troubles cognitifs sérieux susceptibles de rendre contestable l'exercice de sa volonté, le médecin informe le représentant légal, la famille ou les proches avant tout traitement lourd ou intervention chirurgicale.

Lorsque le majeur est placé sous une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tutelle ou habilitation familiale), le seul consentement du majeur suffit, en principe, pour toute admission dans l'établissement, au besoin avec l'aide de la personne chargée de la protection. Toutefois, dans les cas où le patient est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, l'autorisation de la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne est sollicitée. En cas de désaccord entre le majeur

protégé et la personne chargée de la mesure, et si la situation n'est pas urgente, seul un juge pourra désigner celui qui prend la décision.

Conformément aux dispositions du Code civil, si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner en qualité de curateur ou de tuteur la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet. Le préposé en charge des mesures de protection juridique au sein de l'établissement, appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, est choisi par le Directeur parmi le personnel administratif titulaire.

Le mandataire, appelé communément « gérant de tutelle », ne manie aucun fonds. Seul le régisseur de l'établissement est habilité à percevoir les fonds du majeur protégé et à assurer le dépôt des biens placés conformément aux directives données par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs. Dans le cas où la mesure de protection a été confiée à un tuteur ou organisme extérieur au centre hospitalier, seul ce tuteur ou cet organisme sont alors habilités à manier les fonds de la personne protégée.

65) Les cas particuliers

Accès aux soins de personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent au Centre hospitalier Sud-Gironde. L'établissement a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Admission de mineurs sollicitant la confidentialité

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, un patient mineur peut être admis sans que les titulaires de l'autorité parentale en soient informés si le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé et dans le cas où ce dernier s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Admission des personnes gardées à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

Audition par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), un patient peut 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.

SECTION III Soins et information des patients

Sous-section I : L'information

66) L'information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein du centre hospitalier doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information est assurée par le personnel médical et paramédical, et 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 les conséquences prévisibles en cas de refus.

En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril de façon imminente la vie du patient, le médecin prend alors les décisions qu'il estime nécessaires pour ce patient, compte tenu de l'obligation de porter secours.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. 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.

Le Centre hospitalier Sud-Gironde recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auxquels il souhaite que soient adressées les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et celles utiles à la continuité de ses soins après sa sortie.

A son entrée et pour sa sécurité (risque de iatrogénie médicamenteuse), le patient est informé de la suspension de tout traitement personnel pour la durée de son hospitalisation (mise en sécurité et retrait éventuel par le personnel infirmier du service des médicaments en sa possession lors de son admission). Les seuls médicaments dispensés au patient lors de son séjour correspondent nécessairement à des prescriptions médicales hospitalières.

67) Le dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique.

Le dossier médical est constitué à minima des informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'hôpital, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et les informations formalisées établies à la fin du séjour.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. Dans tous les cas, le Directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la sauvegarde et la confidentialité des dossiers conservés au sein du Centre hospitalier Sud-Gironde

68) La communication du dossier médical

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

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

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande dûment complétée (formulaire de demande type complété et accompagné de la copie des pièces d'identité justificatives afférentes) et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

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

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

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

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

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

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet. Elle a lieu :

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

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

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

69) L'information du médecin traitant

Le médecin traitant et le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au 1^{er} alinéa de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique, sous réserve de l'accord du patient.

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, est remise au praticien qui a adressé le patient à l'hôpital et au médecin traitant, à la sortie de l'hospitalisé sous réserve de l'accord de ce dernier.

Le Centre hospitalier Sud-Gironde facilite, autant que possible et sous réserve de l'accord des patients, les liens et la communication avec les médecins traitants et les professionnels de santé libéraux qui les prennent en charge.

70) Les clichés d'imagerie médicale

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.

Sans préjudice de l'article R1112-2 du code de la santé publique, en sortie d'hospitalisation, les clichés d'imagerie contenus dans le dossier médical du patient lui sont systématiquement remis (avec mention dans le dossier patient), le Centre hospitalier Sud-Gironde conservant uniquement les copies des interprétations des clichés délivrés. Ceux-ci soient versés à son dossier médical.

A la demande des patients, les clichés originaux peuvent également être directement transmis au médecin traitant.

71) Les relations avec les familles

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

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, tels que le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

72) La personne de confiance

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au malade majeur de désigner par écrit une personne de confiance, qui peut être distincte de la personne à prévenir. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation à moins que la personne n'en dispose autrement.

Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle peut aussi, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister 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.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsque le patient est mineur ou qu'une mesure de tutelle est ordonnée sur un patient majeur. Toutefois, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

73) Le secret médical et la confidentialité

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi et énumérés à la section relative aux obligations des personnels, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le patient venues à la connaissance d'un professionnel de santé du centre hospitalier, de tout membre du personnel du centre

hospitalier ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le centre hospitalier ou lesdits organismes.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants :

- Entre professionnels de santé

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.

- Avec les proches ou la famille

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

74) L'admission discrète

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 ou sur leur état de santé. Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés. Ces dispositions peuvent s'appliquer aux mineurs soumis à l'autorité parentale.

Ces dispositions ne s'appliquent ni aux militaires, ni aux patients mineurs vis-à-vis des titulaires de l'autorité parentale, hors des cas où ceux-ci souhaitent garder le secret sur leur état de santé et recevoir des soins sans que les titulaires de l'autorité parentale n'en soient informés (article L.1111-5 du Code de la santé publique).

L'admission sous le régime de l'anonymat n'est possible que dans deux cas :

- l'accouchement sous X
- l'admission d'un toxicomane

75) Le traitement automatisé de données à caractère personnel

À l'occasion du séjour du patient au sein du Centre hospitalier Sud-Gironde, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux concernant les patients et constituant des données à caractère personnel, sont traités par les applications informatiques de l'établissement. Ces données sont notamment 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 européen sur la protection des données personnelles, entré en application le 25/05/2018.

Le consentement exprès des personnes est recueilli. 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 au Directeur de l'établissement.

Il est précisé que les données médicales sont informatisées et réservées à l'équipe de soins qui suit chaque patient. Tout médecin désigné par le patient peut également en prendre connaissance.

76) Les réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au sein du Centre hospitalier Sud-Gironde peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au Directeur de l'établissement. Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le Directeur, le médiateur médical et/ou non médical, et/ou par la Commission des usagers. Une réponse motivée est systématiquement adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CRCI), chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que de tout autre litige entre usagers et professionnels de santé, établissements et services de santé, organismes ou producteurs de produits de santé.

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

►► S'il souhaite adresser une demande de réparation, il doit y procéder expressément par courrier auprès de la direction de l'établissement. Au vu des résultats de l'expertise amiable réalisée par l'assureur de l'établissement, la direction adresse au requérant une lettre reconnaissant ou non la responsabilité du Centre hospitalier Sud-Gironde et dans le cas d'une responsabilité reconnue, propose une transaction avec réparation indemnitaire.

►► Il peut exercer un recours devant le Tribunal Administratif territorialement compétent, quelle que soit la gravité du dommage. Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant formule auprès de l'établissement, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

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

77) Les médiateurs médical et non médical

Deux médiateurs et leurs suppléants siègent à la Commission des Usagers:

- *Un médiateur médical et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement après avis de la CME, dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;*
- *Un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement*

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au Centre hospitalier Sud-Gironde ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer au sein de la même structure médicale.

Les noms des médiateurs et de leurs suppléants figurent dans le livret d'accueil du patient.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droit lorsque ceux-ci en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile ou à leur demande. Le Centre hospitalier Sud-Gironde peut également proposer au patient ou à ses ayants droit de rencontrer le médiateur médecin ou le médiateur non médecin en tant que de besoin.

Sous-section II : Le consentement aux soins

78) Le consentement aux soins : dispositions générales

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

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

79) Le consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté (directives anticipées)

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, l'un de ses proches ait été consulté.

Par ailleurs, Les directives anticipées rédigées par toute personne majeure pour le cas où elle serait un jour hors d'état de manifester sa volonté, pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement le concernant, s'imposent au praticien. Les directives anticipées doivent être écrites par le patient lui-même et doivent être datées et signées avec noms, prénoms, date et lieu de naissance du patient. Elles sont révisables et révocables à tout moment.

L'établissement met à disposition des patients et des professionnels des documents d'information détaillant ce sujet.

80) Le refus de soins

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne de refuser ou de ne pas recevoir un traitement après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Si la faculté de passer outre le refus de soins et de ce fait de porter atteinte aux droits fondamentaux du patient est reconnue, elle est subordonnée à de strictes et cumulatives conditions :

- Le médecin doit tout mettre en œuvre pour s'efforcer de convaincre le patient d'accepter les soins indispensables ;
- L'acte médical est accompli dans le but de sauver le patient ;
- Le patient doit se trouver dans une situation extrême mettant en jeu le pronostic vital ;
- L'acte médical constitue un acte indispensable et proportionné à l'état de santé du patient (absence d'alternatives thérapeutiques).

81) Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

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

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

Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de

refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence prévus ci-après.

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 en informe sans délai le Procureur de la République afin d'établir la conduite à tenir.

Si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli et sauf urgence, le médecin en informe le Procureur de la République afin d'établir la conduite à tenir.

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.

82) Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Dans le cas d'actes portant potentiellement atteinte à l'intégrité de la personne (cf. risques liés à une intervention chirurgicale notamment) et où le tuteur ne peut être joint par l'établissement après plusieurs tentatives, le Juge des tutelles est saisi de la situation afin d'établir la conduite à tenir.

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 en informe sans délai le Juge des tutelles afin d'établir la conduite à tenir.

83) Les actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs et des majeurs sous tutelle

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur et contresignée par le Directeur et ce praticien. Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre le tuteur d'un majeur protégé ou de refus de se prononcer de sa part, il est procédé aux actes urgents et le médecin en tient informé dans les meilleurs délais le tuteur ou le Juge des tutelles. 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 tuteur, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier a refusé de se prononcer ou s'est opposé à l'intervention.

SECTION IV

Conditions de séjour des patients

Les dispositions relatives aux conditions de séjour des résidents hébergés dans les structures médico-sociales de l'établissement sont spécifiées dans les règlements intérieurs de ces structures annexés au présent règlement (Annexe n°8).

84) Le respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité de la personne malade doit être garanti à tout moment de son séjour dans un service de soins. Dans ce cadre, les professionnels hospitaliers comme les visiteurs extérieurs doivent prendre en compte la nature privée de la chambre dans laquelle séjourne le patient.

Par ailleurs, le malade hospitalisé ne peut être sollicité pour participer à l'enseignement destiné aux étudiants et stagiaires qu'à la condition d'y avoir préalablement et librement consenti.

85) Les obligations des patients hospitalisés pendant le séjour à l'hôpital

La vie hospitalière requiert des patients hospitalisés au Centre hospitalier Sud-Gironde le respect des règles collectives exposées dans le cadre du présent règlement intérieur ; ces règles sont justifiées tant par leur intérêt propre que par l'intérêt de tous les autres malades séjournant dans l'établissement.

En particulier, le comportement ou les propos des patients hospitalisés ne doivent pas être une gêne pour les autres malades, pour les personnels et pour le fonctionnement du service.

Les patients hospitalisés respectent le bon état des locaux et des objets qui sont mis à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

Par ailleurs, les patients hospitalisés respectent les professionnels qui les prennent en charge ainsi que, dans leur comportement ou leurs propos, les principes de neutralité et de laïcité applicables au Centre hospitalier Sud-Gironde en tant que service public hospitalier.

Toute détention d'objets ou de produits prohibés tels que armes blanches ou à feu, alcool, stupéfiants, ... entraînera la confiscation desdits objets et leur remise à l'autorité publique.

86) Les règles d'hygiène

Les patients hospitalisés au Centre hospitalier Sud-Gironde sont tenus de respecter une stricte hygiène corporelle. Pour ce faire, ils sont priés d'apporter à l'hôpital pendant leur séjour :

- Leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir ...),
- Leur linge et leurs effets personnels (serviette, gant de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles...).

Toutefois, en cas de nécessité, le Centre hospitalier Sud-Gironde met à disposition des patients hospitalisés des vêtements appropriés pour la durée de leur séjour dans l'établissement.

Les patients doivent respecter les consignes données par les personnels hospitaliers en matière d'hygiène et revêtir les tenues et accessoires nécessaires. Le non-respect de cette règle pourra conduire à une sortie disciplinaire.

En cas de nécessité impérieuse, le Centre hospitalier Sud-Gironde se réserve la possibilité de détruire les effets personnels d'un patient.

87) La libre circulation des patients hospitalisés

Sauf situation particulière soumise à des restrictions de déplacement, les patients ont la possibilité de se déplacer dans la journée hors du secteur de soins dans lequel ils sont hospitalisés à la condition expresse qu'ils en informent un membre de l'équipe médicale. Ils doivent alors être revêtus d'une tenue décente et adaptée à la prise en charge.

Les patients doivent respecter les locaux non autorisés.

A partir du début du service de nuit, les patients hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

88) Les autorisations de sortie

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

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

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

89) Les visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le Directeur sur avis des responsables des structures médicales concernées. Le Directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le Directeur (avec délégation aux cadres de santé), avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint, notamment dans le cas de crises sanitaires :

- ▶ dans les secteurs d'hospitalisation où des restrictions de visites sont posées compte tenu de l'état de santé des patients qui y sont admis ;
- ▶ pour des motifs liés à l'état de santé de certains patients dans tout secteur d'hospitalisation. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner des patients contagieux ou bien l'accès aux services de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans ;
- ▶ pour les patients placés sous surveillance de la police.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités de soins concernés. Se référer aux chartes de fonctionnement des services, qui peuvent être amenés à déterminer des modalités spécifiques de visite dans l'intérêt des patients.

Dans certains secteurs (surveillance continue) ou bien pour des patients atteints de bactéries multi-résistantes, le port d'un équipement particulier (type sur-blouse, masque...) et l'observation de règles d'hygiène spécifiques peuvent être obligatoires.

90) La présence des proches et accompagnants des patients pendant le séjour à l'hôpital

Le Centre hospitalier Sud-Gironde privilégie la présence des proches des personnes malades pendant leur séjour dans ses services. En particulier, il facilite l'accompagnement des patients dans les situations particulières telles que l'hospitalisation d'un enfant ou la fin de vie d'un malade.

Un repas peut être servi à toute personne rendant visite aux personnes hospitalisées lorsqu'elle est dans l'impossibilité de prendre son repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service concerné. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Directeur.

Dans la mesure du possible, un accompagnant peut être autorisé à passer la nuit auprès du patient. Les frais d'hébergement sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année. Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant pourra s'effectuer à titre gracieux, en fonction de l'examen des situations individuelles par la direction, pour les assurés n'ayant pas de prise en charge pour cette prestation : pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans et ne bénéficiant pas de prestations journalières afférentes par leur mutuelle, ou pour les personnes assistant un patient en fin de vie.

91) Les recommandations aux visiteurs et personnes extérieures

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement du Centre hospitalier Sud-Gironde. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les patients peuvent demander à l'établissement de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

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

Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire. Dans certaines unités de soins, en raison de contraintes d'hygiène hospitalière, les fleurs en pots ou coupées sont interdites. Les familles en sont informées par le cadre de santé.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le Directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

Par ailleurs, toute personne (à l'exclusion des personnes rendant visite à des patients pour des raisons non professionnelles) ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite dans une unité du Centre hospitalier Sud-Gironde sans autorisation préalable du Directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin, l'avis du ou des responsables de structure interne ou de pôle concerné.

92) Les associations de bénévoles

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

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du Centre hospitalier Sud-Gironde doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec celui-ci une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent fournir au Directeur une liste nominative des personnes qui interviendront en son sein. La liste des associations ayant signé une convention avec le centre hospitalier est fournie dans le livret d'accueil de l'établissement.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles doivent respecter un certain nombre de principes dont le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

93) L'interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

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

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

94) L'interdiction de pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification. Le dépôt de sommes d'argent ne peut se faire que dans les conditions prévues à l'article 60.

95) Le courrier

Le vaguemestre du centre hospitalier est à la disposition des patients hospitalisés pour toutes leurs opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité de soins par un cadre de santé.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par le vaguemestre à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au gérant de tutelle.

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

96) Le téléphone et la micro-informatique

Les chambres sont équipées d'un téléphone avec une ligne directe. Les frais de communication sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu par l'Accueil de l'établissement qui effectue la mise en service.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels. Par ailleurs, l'utilisation des téléphones portables dans les locaux où elle n'est pas interdite est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein du Centre hospitalier Sud-Gironde doivent veiller à ne pas provoquer de ce fait de gêne pour les autres personnes, tout particulièrement en soirée et la nuit. Elles conservent personnellement leur téléphone, la responsabilité de l'établissement ne pouvant être engagée, sauf en cas de faute commise par un agent de l'établissement ayant entraîné sa détérioration ou sa perte.

Sous réserve des dispositions de ce même article, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables. L'installation de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité : l'établissement dégage toute responsabilité en cas de détérioration de ces matériels sauf si celle-ci est causée par un agent de l'établissement.

97) L'usage des téléviseurs

Les chambres sont équipées de téléviseurs. Leur mise en service est effectuée par l'Accueil de l'établissement qui remet les télécommandes sauf prescription médicale contraire. Le coût de la location est payable d'avance et non remboursable, il est facturé à la journée. Un chèque de caution est demandé lors de la remise de la télécommande qui est restitué à la sortie.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

98) Le culte

Dans le cadre du principe de laïcité et du respect de la loi de séparation de l'Eglise et de l'Etat, les ministres du culte sont autorisés à exercer au sein de l'institution. Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients.

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Il convient de veiller à ce que l'expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte :

- A la qualité des soins et aux règles d'hygiène
- A la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches,
- Au fonctionnement régulier du service.

En vertu du pouvoir de police qu'il exerce au sein de l'hôpital, il appartient au Directeur (ou à l'administrateur de garde) de faire respecter strictement ces dispositions qui constituent des garanties essentielles pour les patients.

Le référent laïcité est désigné par le Chef d'établissement. Il a pour mission le conseil pour la mise en œuvre du principe de laïcité, la sensibilisation des agents au principe de laïcité et la diffusion de l'information à ce sujet, l'organisation de la journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année. Il dresse un rapport annuel d'activité et état des lieux de l'application du principe dans les services.

99) Les animaux

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire dans l'enceinte du Centre hospitalier Sud-Gironde des animaux domestiques. Néanmoins, cette interdiction ne s'applique pas aux chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité qui peuvent être autorisés à pénétrer dans l'enceinte de l'établissement, conformément aux dispositions légales.

SECTION V **Frais de séjour**

100) L'information

L'information du patient ou de sa famille sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et sur les conditions de leur prise en charge, est un droit.

101) Le tarifs des prestations

Il existe un tarif par motif d'hospitalisation, celui-ci est forfaitaire, il couvre les honoraires médicaux, médicaments, examens, frais d'hôtellerie... Il est différent selon le service d'hospitalisation (médecine, chirurgie-obstétrique, surveillance continue... et le mode d'hospitalisation (hospitalisation complète, en ambulatoire, à domicile). Il est facturé par journée de présence au sein du Centre hospitalier Sud-Gironde.

102) Le forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour. Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le Directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

103) Le paiement des frais de séjour et provisions

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au Centre hospitalier Sud-Gironde par le patient ou par un tiers payeur. En cas de non-paiement des frais de séjour, la trésorerie générale de l'établissement exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

SECTION VI **Sortie des patients**

104) les modalités de la 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.

Tout patient reçoit, lors de son admission avec le livret d'accueil, un questionnaire de satisfaction (de sortie) destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut adresser ce questionnaire, s'il le désire sous une forme anonyme, soit en le déposant dans l'une des boîtes aux lettres prévues à cet effet (dans les services d'hospitalisation du site de Langon, de médecine et de soins de suite du site de La Réole ou au niveau du bureau des admissions de La Réole), soit par courrier à l'attention du Directeur du Centre Hospitalier Sud Gironde.

105) La sortie contre avis médical

Sous réserve des dispositions relatives aux patients mineurs, majeurs protégés ou placés sous l'autorité de forces de police, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le Centre hospitalier Sud-Gironde. 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 relatives au refus de soins visée à l'article 77 du présent règlement.

Le patient doit alors signer une décharge consignante sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus, après avoir reçu de la part des soignants une information claire, sur son état et des risques auxquels il s'expose. Dans ce cas, le médecin traitant sera informé de cette sortie et un courrier lui sera adressé ainsi qu'au patient, afin d'attirer son attention sur sa situation et lui conseiller de se faire suivre. Toutes ces informations seront consignées dans le dossier du patient. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux agents ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

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

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

106) La sortie à l'insu de l'unité de soins

Au cas où un patient quitte le Centre hospitalier Sud-Gironde sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, de l'établissement et de ses abords immédiats. Concomitamment, l'administrateur d'astreinte est prévenu par le personnel de l'unité de soins.

Si les recherches sont restées vaines et si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), l'administrateur d'astreinte demande au personnel de l'unité de soins

de prévenir le commissariat de police ou la gendarmerie en fournissant le descriptif le plus complet possible de la personne. Le personnel informe également sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Dans tous les cas, le patient est joint par tous les moyens (téléphone, message laissé sur répondeur de téléphone fixe ou portable et auprès de la famille de celui-ci) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie contre-avis médical. La délivrance de cette information précisant le moyen mis en œuvre est consignée dans le dossier médical du patient par l'équipe soignante. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant si le médecin de l'unité de soins le juge nécessaire. Une copie en est conservée le cas échéant dans le dossier du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le Centre hospitalier Sud-Gironde, à minuit.

107) La sortie des nouveau-nés

L'enfant quitte l'établissement en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, d'une décision de justice ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

108) La sortie des mineurs

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du Centre hospitalier Sud-Gironde si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne 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.

Dans les cas visés à la Section 2 pour lesquels il est dérogé au principe d'information de l'autorité parentale, la sortie s'effectue dans les mêmes conditions que l'admission, en la présence d'une personne majeure accompagnant le mineur.

109) 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, 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 peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale ou un autre centre hospitalier.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

Pour les mêmes motifs et suivant la même procédure, le Directeur peut procéder à l'organisation du transfert de ce patient dans un autre secteur d'hospitalisation de l'établissement, ou dans une autre structure hospitalière de la région.

110) Le refus de sortie du patient

La sortie est une décision administrative, prise par le Directeur de l'hôpital sur avis médical.

L'avis médical doit indiquer que le patient ne justifie plus de prise en charge médicale à l'hôpital dans la discipline donnée, ce qui entraîne la décision de sortie. Sauf cas particulier, le patient est tenu de s'y conformer.

SECTION VII

Dispositions relatives aux naissances et aux décès

Sous-section I : Les dispositions relatives aux naissances

111) La déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein du centre hospitalier est effectuée, dans les trois jours suivant l'accouchement, par le père ou la mère, auprès d'un officier d'état civil qui se déplace au niveau de la maternité tous les jours ouvrables de 8 h à 9 h. La déclaration est pré-remplie et signée par la sage-femme, en ce qui concerne : prénom du bébé, date et heure de naissance, poids, état civil de la mère.

L'officier d'état civil récupère cette déclaration pré-remplie accompagnée des pièces suivantes :

- Pour les parents mariés : livret de famille et déclaration de choix de nom s'il s'agit d'un premier enfant commun,
- Pour les parents non mariés :
 - reconnaissance anticipée,
 - livret de famille s'il existe ou photocopie des pièces d'identité de chaque parent
 - déclaration de choix de nom s'il s'agit du premier enfant du couple, complétée et signée par les deux parents.

Il procède à l'enregistrement de la déclaration de naissance au chevet de la mère. Dès cet enregistrement effectué, l'acte de naissance est rédigé immédiatement (code civil article 56). Une fois l'acte enregistré, toute modification ne peut être autorisée que par le procureur de la république.

Une information sur la déclaration est donnée aux parents pendant la grossesse.

Un exemplaire de la déclaration de naissance effectuée par l'officier d'état civil est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par le centre hospitalier.

112) Les déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant la déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation. Le décès est enregistré sur le registre des décès du Centre hospitalier Sud-Gironde.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du Centre hospitalier Sud-Gironde.

Sous-section II : Les dispositions relatives aux décès

113) L'attitude à suivre à l'approche du décès

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

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

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le centre hospitalier d'un lit d'accompagnant ne donnera pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis sont à la charge des personnes, des tickets repas accompagnants sont vendus à cet effet à l'accueil-standard.

114) L'annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin thésé du centre hospitalier. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens par un agent habilité de l'hôpital.

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 général ;
- 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.

115) Les formalités entourant le décès

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

- ▶ procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- ▶ dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient, selon les modalités prévues ci-après ;
- ▶ appose sur le corps un bracelet d'identification.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 24 heures. Le certificat de décès doit être remis au bureau des admissions en semaine ou à l'accueil standard le week-end ou jour férié, afin qu'il soit transmis avec la déclaration de décès à la mairie dans les 24 heures ouvrables.

Concernant l'enregistrement des décès :

- Les agents intervenant en chambre mortuaire sont chargés du renseignement du registre des corps : un tableau informatisé, récapitulatif de chaque opération effectuée, est tenu au niveau de la chambre mortuaire. Il indique par date et heure les noms – prénoms des personnes décédées, le service d'origine, la nature d'opération effectuée (transport, mise en bière...), le nom de l'entreprise de pompes funèbres, éventuellement du garde, et de l'agent d'amphithéâtre présent. Sur ce tableau, peut être indiqué les destinations des corps.
- Le bureau des entrées transmet la déclaration de décès, le certificat médical, ainsi que le livret de famille ou autre pièces d'identité, à la mairie du lieu de décès, qui procède à la mise à jour du registre des décès de la commune.

Concernant les objets ayant appartenu au défunt, l'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dans le service :

- Suite à cet inventaire, seuls les objets de valeur sont remis au régisseur qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.
- Si la famille souhaite que le défunt soit inhumé ou incinéré avec certains de ces objets, ceux-ci doivent être déposés sur le corps par la famille, après récupération éventuelle auprès du régisseur, au moment du départ du corps du défunt.
- Pour les objets non réclamés au Trésor Public, un an après le décès de leur détenteur, ils sont remis à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières, ou pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. La trésorerie de l'établissement en a la charge.

116) La liberté des funérailles, les dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale. La volonté des patients défunts doit être strictement respectée. 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.

117) Les indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur du centre hospitalier, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, en avise immédiatement l'autorité judiciaire.

118) La toilette mortuaire et le dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après que le décès a été médicalement constaté, il est procédé à la toilette mortuaire du défunt.

Le corps d'un patient décédé doit être déposé à la chambre mortuaire dans un délai maximum de 10 heures à compter du décès et pour une durée maximale de 10 jours.

Après réalisation de l'inventaire des biens, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire à l'exception du cas de transport sans mise en bière. De là, il ne peut être transféré hors de l'établissement que dans les conditions prévues ci-après et avec les autorisations prévues par la loi.

Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement. Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents de l'établissement, et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire, prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire de l'établissement du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits. A compter du 4^{ème} jour suivant le décès, la conservation des corps des personnes décédées au sein de la chambre mortuaire est facturée aux familles.

Le fonctionnement de la chambre mortuaire est organisé par un règlement intérieur spécifique affiché dans ses locaux, à la vue du public.

119) Le transport sans mise en bière en chambre funéraire, au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire ou au domicile doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Le transport est soumis à une déclaration écrite préalable qui doit être effectuée par l'entreprise de pompes funèbres choisie par le défunt ou la famille, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps. Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps.

Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile.

Le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé, et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

120) La mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit s'assurer au préalable de son retrait. 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.

121) Les opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

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 Sud-Gironde fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, l'établissement demande à la mairie de la commune que les dispositions relatives aux obsèques des personnes indigentes soient appliquées. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

122) Les opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté.

Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge et par convention avec la commune, à l'inhumation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

Lorsque des prélèvements sont réalisés (en vue d'une autopsie notamment) 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. Par convention entre l'établissement et le CHU de Bordeaux, ces prélèvements sont effectués par le CHU de Bordeaux.

En cas d'absence d'acte dressé par l'officier d'état civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à laquelle procède le CHU de Bordeaux.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel 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.

123) Le don d'organes

L'établissement adhère au réseau aquitain de prélèvement d'organes, de cellules et de tissus sur donneurs décédés (réseau CORENTAIN). Afin de faciliter le développement des greffes d'organes, la loi n°94-654 du 29/07/1994 a prévu la possibilité d'effectuer à des fins thérapeutiques ou scientifiques des prélèvements sur toute personne n'ayant pas fait connaître son refus de son vivant. Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il doit les informer de la finalité des prélèvements envisagés. Le registre national des refus doit être systématiquement consulté.

124) Le don du corps

Le don du corps est le fait de donner son corps après sa mort à la médecine pour aider la recherche ou l'enseignement médical. 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. Ce don est révocable à tout moment. Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Les dons du corps de personnes mineures ou sous tutelle ne sont pas acceptés.

La démarche de don peut être entreprise auprès d'un établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt. Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

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

125) Les autopsies et prélèvements à visée scientifique

Indépendamment du cas des autopsies médico-légales (effectuées à la demande de l'autorité judiciaire), des prélèvements et autopsies diagnostiques ou à visée scientifique peuvent être effectués sur un patient décédé (dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès, ou dans le cadre de recherches médicales).

Dans ce cas, il doit être vérifié au préalable que le patient n'avait pas exprimé de son vivant le refus d'un tel prélèvement. Le registre national des refus doit être systématiquement consulté. Le praticien hospitalier doit procéder à une demande écrite, datée et signée au Directeur. Les proches doivent être tenus informés de la finalité des prélèvements envisagés.

Les corps sont restitués aux familles.

SECTION VIII Droits et devoirs du personnel

Sous-section I : Les obligations du personnel

Sous-section I1) : Obligation d'un exercice professionnel conforme au bon fonctionnement du service public hospitalier

126) La continuité du service

L'obligation de continuité de service public hospitalier implique que le personnel prenne ses fonctions à l'heure prévue et qu'il ne quitte le service que lorsque la relève est assurée (en lien avec l'administrateur de garde en cas de nécessité de faire face à une absence inopinée).

L'impératif de sécurité lié au fonctionnement des installations ou des services peut contraindre l'établissement à aménager, de manière exceptionnelle, l'exercice des droits des agents, notamment par :

- l'instauration d'un service minimum, en cas de grève,
- le recours aux astreintes, lorsqu'il apparaît que des prises en charge de soins et d'interventions ne peuvent être effectuées par les personnels en situation de travail effectif dans l'établissement.

Le personnel ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaires si les nécessités de service l'imposent, dans le respect de la réglementation relative au temps de travail.

127) L'assiduité et la ponctualité du personnel

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et non-médical, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement de l'établissement. Les horaires à respecter sont fixés par tableaux de service, et sur la base de plannings prévisionnels de travail.

128) Le devoir d'obéissance, l'exécution des ordres reçus

Tout agent public, fonctionnaire ou contractuel, doit suivre les instructions de son supérieur hiérarchique, sauf si l'ordre donné est manifestement illégal et peut compromettre gravement un intérêt public.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

129) La diffusion d'informations concernant les incidents

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions dans les plus brefs délais et notamment par l'intermédiaire du formulaire de signalement des événements indésirables en vigueur dans l'établissement.

130) La conservation en bon état des locaux, matériels et effets

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et objets de toute nature mis à disposition par l'établissement, notamment les vestiaires. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'une négligence caractérisée.

131) Les effets et biens personnels – Responsabilité et usage

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets et biens personnels, de même que des divers objets confiés par l'établissement.

L'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens utiles pour assurer la bonne conservation des objets personnels, de limiter les vols et détériorations dans les locaux de l'établissement, par la mise à disposition d'un local vestiaire dédié au rangement des effets personnels, avec armoire individuelle sécurisée.

En cas de vols ou détérioration dans les locaux de l'établissement, l'agent victime est encouragé à déposer plainte auprès des Forces de l'Ordre.

Dans le cas de vols commis par un agent, il encourt des sanctions disciplinaires.

L'utilisation des téléphones portables, Smartphones (...) n'est pas autorisée durant le service sauf autorisation du supérieur hiérarchique.

132) L'interdiction de pourboires

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire de la part des patients ou des visiteurs.

133) L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Aucun membre du personnel de l'hôpital ne peut avoir, dans une entreprise en relation avec son service ou avec l'hôpital, des intérêts de nature à compromettre son indépendance.

Il est interdit à tout agent titulaire, stagiaire, même à temps partiel, d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. Des dérogations sont autorisées notamment pour des missions d'enseignement et d'expertise, dans le cadre de la réglementation sur les cumuls des rémunérations. Les agents doivent en informer la direction des ressources humaines.

134) La tenue vestimentaire de travail

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du centre hospitalier doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement. Le port de bijoux tels que bracelets, pendentifs... est proscrit pour le personnel soignant par mesure d'hygiène.

La tenue vestimentaire réglementaire doit donc être portée pendant toute la durée du service. L'agent la restitue à la lingerie à son départ. Toutefois, le port des vêtements de travail est interdit dans les restaurants du personnel et à l'extérieur du centre hospitalier, lorsque le personnel n'est pas en service.

135) La lutte contre le bruit

Chaque membre du personnel doit, par son comportement, participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les services de soins.

136) La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

Le personnel n'est pas autorisé à fumer, ni à vapoter dans les locaux fermés de l'établissement, ni même dans les lieux couverts accueillant du public. Il ne doit introduire ni ne consommer de boissons alcoolisées dans l'enceinte de l'hôpital. Les contrevenants s'exposent à des sanctions.

Aux termes de l'article R. 4228-20 du Code du travail :

« Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail. Lorsque la consommation de boissons alcoolisées, dans les conditions fixées au premier alinéa, est susceptible de porter atteinte à la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur, en application de

l'article L. 4121-1 du code du travail, prévoit dans le règlement intérieur ou, à défaut, par note de service les mesures permettant de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de prévenir tout risque d'accident. Ces mesures, qui peuvent notamment prendre la forme d'une limitation voire d'une interdiction de cette consommation, doivent être proportionnées au but recherché. »

Par ailleurs, selon l'article R. 4228-21 :

« Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse. »

En application de ces dispositions, la direction du Centre hospitalier Sud-Gironde a la possibilité de mettre en œuvre, de façon proportionnée, des procédures de contrôle nécessaires à une constatation objective de l'état d'alcoolémie d'un agent, par le biais d'un alcootest par exemple, et ce, afin d'apprécier si l'état d'ébriété de l'agent concerné lui permet ou non l'exercice de ses fonctions.

La direction du Centre hospitalier peut recourir à des contrôles d'alcoolémie, notamment à l'éthylotest, si, en raison des fonctions de l'agent, son état d'ébriété est de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger.

137) L'interdiction des réunions publiques au centre hospitalier

Les activités politiques ou militantes du personnel ne doivent pas avoir cours à l'intérieur de l'hôpital.

138) La charte d'accès au système d'information

Un système d'information interne au Centre hospitalier Sud-Gironde est mis à la disposition des agents, afin d'accéder ou de diffuser des informations professionnelles et de faciliter la communication entre les services. Les modalités et les règles d'utilisation sont détaillées dans la charte d'accès au système d'information.

La charte d'accès au système d'information doit être signée par tout membre du personnel de l'établissement.

139) L'utilisation des véhicules de service

Il est interdit d'utiliser une voiture de service pour des déplacements privés et en dehors des heures de travail. Raison pour laquelle l'utilisation d'un tel véhicule le week-end est possible uniquement si l'agent travaille le week-end.

L'obligation de détention du permis de conduire en cours de validité et correspondant à la catégorie requise s'impose et s'applique aussi bien sur les voies ouvertes à la circulation publique que dans les lieux privés.

Il appartient au Centre hospitalier Sud-Gironde de vérifier périodiquement que les agents appelés à conduire un véhicule de service sont toujours titulaires du permis de conduire, en se faisant présenter matériellement le titre officiel, avant un départ en mission à bord d'un véhicule de l'établissement par exemple ou de façon régulière.

L'agent qui dissimulerait le retrait de son titre de conduite et qui continuerait à conduire un véhicule de l'établissement, dans l'exercice de son activité professionnelle, commettrait une faute que la direction serait en droit de sanctionner.

140) L'attitude envers les patients

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer aux patients dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

En toutes circonstances, les agents doivent adopter une attitude respectueuse à l'égard du patient, du résident et de ses proches, fondée sur l'écoute compréhensive de leur douleur et de leur inquiétude. Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

L'intimité du patient et du résident doit être respectée, dans le cadre des soins comme dans les modalités d'accès à sa chambre.

141) L'accueil des familles

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

142) L'information des familles par rapport aux décisions importantes

Avec l'accord du patient, les familles seront avisées en temps utile, si besoin par téléphone, des décisions importantes concernant le patient (changement de service, intervention chirurgicale, transfert dans un autre établissement, sortie...) avant que la décision soit exécutée, sauf en cas d'urgence médicale.

143) Le respect du libre choix des familles

Dans le cas où les patients ou les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres), leur libre choix est préservé.

144) Le respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et visiteurs

En chaque patient sera respectée la personne libre de ses opinions et de ses choix personnels.

Dans le respect de la réglementation et dans la limite des possibilités de l'établissement, l'ensemble des personnels du centre hospitalier se mobilise pour que les demandes exprimées par le patient, le résident, la personne de confiance dans certains cas ou, à défaut, par les proches du patient et du résident, soient respectées.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée auprès des patients, des résidents ou de leur famille.

145) Le devoir de réserve

Dans l'exécution de leur service, les personnels sont tenus au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. L'obligation de réserve consiste à ne pas manifester, dans l'exercice de ses fonctions, une opinion politique, syndicale, philosophique ou confessionnelle. Les agents s'abstiennent notamment et absolument de tout propos, toute discussion ou tout comportement excessif ou déplacé, susceptibles d'importuner, de choquer ou d'inquiéter les patients et les visiteurs. En cas de conflit entre agents du centre hospitalier, il ne doit rien en paraître devant les patients et les résidents et leur prise en charge ne doit pas en être affectée.

146) L'obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, l'ensemble du personnel est lié par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

L'obligation de discrétion professionnelle interdit à l'ensemble du personnel tout détournement, toute communication de pièces et documents de service. Elle lie les agents pour tout ce qui concerne les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

147) Le secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel. La sanction prévue par le code pénal en cas de rupture du secret professionnel n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

En l'absence d'opposition des patients, les indications d'ordre médical (tels diagnostic et évolution de la maladie) ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être donnés par les cadres soignants et les personnels infirmiers.

Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement, et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, est rigoureusement interdite.

En application du présent article et de l'article 121, est strictement prohibée la diffusion, notamment sur des réseaux sociaux, de toutes photos, vidéos ou encore réflexions concernant les patients et résidents du centre hospitalier mais aussi les collègues et supérieurs hiérarchiques. Le centre hospitalier se réserve le droit, en cas de constatation d'un manquement grave à cette obligation par un agent, de déposer plainte contre celui-ci pour l'atteinte portée par ses agissements à l'image de l'établissement et à l'exécution de ses missions, et à engager une procédure disciplinaire à son encontre.

Sous-section II : Les droits du personnel

148) L'accueil et l'intégration des nouveaux agents

Tout agent a le droit de recevoir une information relative à l'organisation, aux activités, aux modes de fonctionnement, aux instances représentatives et spécialisées, à l'organigramme de direction du centre hospitalier. 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.

A cet effet, la prise de connaissance du présent règlement intérieur lui est proposée et facilitée, de même que lui est remis le livret d'accueil du personnel hospitalier.

149) La liberté d'opinion et la non-discrimination

«Le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité. Dans l'exercice de ses fonctions, il est tenu à l'obligation de neutralité. Le fonctionnaire exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses. Le fonctionnaire traite de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et leur dignité. Il appartient à tout chef de service de veiller au respect de ces principes dans les services placés sous son autorité. Tout chef de service peut préciser, après avis des représentants du 2 personnel, les principes déontologiques applicables aux agents placés sous son autorité, en les adaptant aux missions du service ».

La liberté d'opinion est garantie aux agents. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents, fonctionnaires ou non, en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur sexe, de leur handicap ou de leur appartenance ou non-appartenance présumée à un groupe, une ethnie...

Toutefois des distinctions et aménagements peuvent être faits afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions ou de handicaps.

150) L'exercice du droit syndical

L'exercice du droit syndical est garanti aux agents du centre hospitalier. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions. Un local est dédié à chacune des organisations syndicales représentatives du personnel sur chaque site du centre hospitalier. Chaque agent a le droit de s'adresser à l'organisation syndicale de son choix et l'appartenance ou non à un syndicat ne peut avoir aucune conséquence sur la carrière d'un agent.

L'exercice du droit syndical est garanti sous réserve des nécessités du service et dans la mesure où le principe de la neutralité du service public est respecté. Les activités syndicales du personnel doivent se dérouler hors de la présence des patients et des résidents et dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

151) Le droit de grève

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Les agents du centre hospitalier bénéficient du droit de grève, dans la mesure où l'exercice de la grève ne compromet pas la continuité du service public hospitalier. Les personnels sont tenus de se conformer, à l'assignation éventuellement prononcée par le directeur de l'établissement pour assurer un service minimum.

152) La protection fonctionnelle par le Centre hospitalier Sud-Gironde

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis des personnels et du centre hospitalier.

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

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le centre hospitalier.

Lorsqu'un agent hospitalier a été poursuivi par un tiers pour faute de service, le centre hospitalier couvre et prend en charge les conséquences civiles des dommages qu'il a causés.

L'établissement accorde sa protection à l'agent hospitalier qui fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

Une procédure est mise en place dans l'établissement pour faire face aux situations de violence envers les personnels. Elle précise les mesures à prendre en cas de menaces ou de comportement suspect, et organise la prise en charge médicale, psychologique et sociale de l'agent agressé.

153) L'application des droits statutaires, les accidents de travail et les maladies professionnelles

L'établissement garantit le respect des droits reconnus par les dispositions statutaires relatives aux fonctionnaires hospitaliers et par le code du travail, dans la mesure de leur conciliation avec les obligations et les missions du service public hospitalier.

Lors notamment d'un entretien avec la direction des ressources humaines pouvant déboucher sur une sanction, tout agent de l'établissement a le droit d'être accompagné s'il le souhaite par un délégué syndical.

La déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle doit être faite dans les 48 heures suivant les faits ou la connaissance des faits, pour assurer à l'agent une prise en charge par l'employeur des frais et des traitements liés aux éventuelles absences, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

154) Le droit d'accès au dossier individuel

Tout agent a un droit d'accès à son dossier individuel, en respectant la procédure fixée par la direction des ressources humaines.

155) Le droit d'accès aux informations nominatives

Le Centre hospitalier Sud-Gironde recourt aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Indépendamment du droit d'accès au dossier individuel, chaque agent dispose du droit d'accès aux informations nominatives le concernant dans les conditions définies par les actes réglementaires. Il peut demander la rectification des erreurs ou manques constatés.

156) Les conditions d'hygiène, de sécurité, d'exercice d'un droit de retrait

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents hospitaliers durant leur travail.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail, dès lors qu'il existe un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Le droit de retrait permet alors au membre du personnel concerné de n'encourir aucune sanction ni aucune retenue de traitement. Le travail peut être pénible ou comporter certains risques, sans pour autant présenter une situation de danger et justifier la mise en œuvre du droit de retrait.

Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une situation de non assistance à personne en danger.

157) Le registre spécial des dangers graves et imminents

Un registre spécial destiné au signalement d'un danger grave et imminent par un membre du Comité d'hygiène et sécurité mentionné à l'article 10 du présent règlement, ou par un agent, est mis à disposition à la direction des ressources humaines.

Sous-section III : L'organisation du travail

158) Les tableaux de service – cycles de travail

Chaque agent doit avoir la connaissance du tableau de service au moins 15 jours à l'avance pour le mois suivant. Le tableau de service est établi par le responsable du service à partir d'une trame validée par la direction des ressources humaines et soumis réglementairement au comité technique d'établissement.

Toutes les rectifications nécessaires au fonctionnement du service y sont apportées, ces modifications sont portées à la connaissance des personnes intéressées 48 heures à l'avance, sauf cas de force majeure, notamment, en cas d'absence inopinée d'un agent à remplacer.

159) Les congés

Les agents hospitaliers ont droit à :

- des congés annuels,
- des congés de maladie,
- des congés de maternité et des congés liés aux charges parentales,
- des congés de formation professionnelle,
- des congés de formation syndicale,
- des jours de réduction du temps de travail.

Le détail du nombre de jours de congés par catégorie de personnel et quotité travaillée est fourni dans le guide de gestion du temps de travail de l'établissement.

160) Les autorisations spéciales d'absence

Des autorisations spéciales d'absence qui n'entrent pas en compte dans le calcul des congés annuels peuvent être accordées, sous réserve des nécessités de service.

Sous-section IV : Les services à la disposition du personnel

161) La restauration

Les agents ont la possibilité de prendre leur repas de midi sur place dans un lieu spécialement réservé à cet effet, les deux sites du centre hospitalier disposant chacun d'un réfectoire.

Les personnels devant être en capacité d'intervenir en urgence à tout moment sont autorisés par la direction des ressources humaines, de façon dérogatoire, à prendre leurs repas au sein du service.

162) La blanchisserie

La fourniture aux personnels de leurs tenues de travail réglementaires, l'entretien et le remplacement de celles-ci sont assurés par le centre hospitalier.

163) Les vestiaires

Des vestiaires sont mis à la disposition des agents dans lesquels ils doivent se changer s'ils sont astreints de par leur fonction à une tenue réglementaire. Ils peuvent y déposer leurs effets et objets personnels.

164) L'amicale du personnel

Au sein de l'établissement, l'association de l'Amicale du personnel propose à tous les agents de l'établissement différents services et activités sportives, voyages, spectacles.

165) Le comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS)

Les personnels de l'établissement, en activité ou retraités et, dans certaines conditions, les membres de leur famille bénéficient de l'action sociale, culturelle, sportive, de loisirs, gérée par le CGOS. La prise en charge de cette action sociale est assurée par une contribution annuelle du Centre hospitalier Sud-Gironde.

166) La médecine du travail

Un service de santé au travail est à la disposition du personnel. Des actions de santé au travail (visites médicales, conditions de travail) sont organisées dans l'établissement par le médecin du travail.