

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

CSE du 03/02/2025

CME du 25/03/2025

Directoire du 20/02/2025

Conseil de Surveillance du 27/03/2025

CENTRE HOSPITALIER



MONTLUÇON - NÉRIS-LES-BAINS

v2025

PREAMBULE	10
CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	11
SECTION 1–Présentation générale du Centre Hospitalier	11
Art.1 - Le statut juridique du Centre Hospitalier	11
Art.2 - Les différents sites	12
Art.3 – Les missions générales du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains	13
SECTION 2–La coopération	14
Art.4 – Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « <i>Territoires d’Auvergne</i> »	14
Art.5 – Les instances du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)	15
Art.6 – Les autres coopérations	15
SECTION 3 – L’organisation institutionnelle	16
Art.7 - Le projet d’établissement	16
Sous-section 1 : La gouvernance médico-administrative	16
Art.8 - Le Conseil de Surveillance	16
Art .9 - Le Directoire	17
Art.10 - Le Directeur	18
Art.11 - La Présidence de la CME	19
Sous-section 2 : Les instances consultatives et de dialogue social	19
Art.12 - La Commission Médicale d’établissement (CME)	19
Composition et fonctionnement	19
Compétences	19
Art.13 - Les sous commissions de la CME (liste non exhaustive)	21
Art.14 – La commission d’activité libérale	21
Art.15 - Le Comité social d’établissement (CSE)	22
Art.15-1 - La Formation spécialisée du CSE	22
Art.16 - La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)	23
Art.17 - La Commission des usagers (CDU)	24
Sous-section 3 : Les Commissions spécifiques	25
Art.18 - Le Comité Ethique	25
Art.19 - Le Comité bienveillance	25
Art.20 - Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)	25
Art.21- Les Commissions Consultatives Paritaires	26
Art.22 - La Commission des sorties complexes	26
Sous-section 4 : Les référents	26
Art.23 - Le référent laïcité	26
Art.24 - Les référents égalité professionnelle (PM et PNM)	27
Art.25 - Les référents handicap	27
Art.26 - Les référents déontologues (PM et PNM)	27
Art.26-1 - Le Délégué à la protection des données (DPO)	27
Sous-section 5 – Les astreintes de direction, soignante et technique	28

Art.27 – L’astreinte de direction.....	28
Art.28 – L’astreinte soignante	28
Art.29 – Les astreintes techniques	28
SECTION 4 – L’organisation des structures médicales et des soins.....	29
Art.30 - Le personnel médical.....	29
Art.31 – L’activité de pharmacie à usage intérieur (PUI).....	29
Art.32 – Les sages-femmes	30
Art.33 - Les internes.....	30
Art.34 - Le tutorat	30
Art.35 – Les étudiants Hospitaliers.....	30
Art.36 – Les soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	31
Art.37 - Le coordonnateur des instituts de Formation	31
Art.38 – Les étudiants en Institut de formation	31
Art.39 – La coordination des soins dispensés aux patients	32
Art.40 – La continuité et permanence des soins	32
Art.40.1 - La continuité des soins	32
Art.40.2 - La permanence des soins.....	33
Art.41 – La visite médicale quotidienne	33
SECTION 5 – L’organisation en pôles d’activité.....	33
Art.42 – L’organisation de l’établissement en pôles d’activité.....	33
Art.43 – La nomination et missions des chefs de pôle d’activité	33
Art.44 - Le chef de service	34
Art.45 - Le responsable de structure interne	35
Section 6 – La gestion de crise	35
Art.46 – Le Plan blanc	35
SECTION 7 - Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène	36
Sous-section 1. Nature et opposabilité des règles de sécurité.....	36
Art.47 – La nature des règles de sécurité	36
Art.48 – L’opposabilité des règles de sécurité.....	36
Sous-section 2. Les règles d’accès au CHMN.....	36
Art.49 – L’accès au Centre Hospitalier – Règles générales.....	36
Art.50 – Les dispositions spécifiques relatives à l’accès au CHMN.....	37
Sous-section 3 : Les règles de sécurité de fonctionnement	39
Art.51 - La Sécurité Incendie.....	39
Art.52 – Le registre de sécurité anti-incendie	40
Art.53 - La Sécurité Technique.....	40
Art.54 - La Sécurité Informatique et la protection des données	41
Art.55 - L’interdiction de dissimulation du visage	41
Art.56 – Les personnels de sécurité incendie et de protection des biens et des personnes	42
Art.57 – La sécurité et la protection des personnels.....	42
Art.58 - La Sécurité des Biens	43
Art.59 – Les matériels de sécurité générale	44
Art.60 – Les atteintes au bon fonctionnement de l’établissement	44

Art.61 – Le calme et la tranquillité au sein de l'établissement.....	44
Art.62 – Les objets et produits interdits	45
Art.63 – L'interdiction de fumer – Hôpital sans tabac.....	46
Art.64 – Les rapports avec l'autorité judiciaire.....	46
Art.65 – Les rapports avec les autorités de police.....	46
Art.66 - Les témoignages en justice des professionnels du CHMN	47
Art.67 – Les circonstances exceptionnelles	47
Art.68 - Le Plan Vigipirate	47
Art.69 – La recherche de la maîtrise des risques.....	48
Sous-section 4 : La circulation et le stationnement automobiles.....	48
Art.70 – La voirie hospitalière.....	48
Art.71 – Les règles de circulation.....	49
Art.72 – La signalisation et sanctions	49
Sous-section 5 : L'hygiène	50
Art.73 - L'hygiène à l'hôpital.....	50
Art.74 - Les règles d'hygiène.....	50
CHAPITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, A L'ADMISSION, AU SEJOUR ET A LA SORTIE DU PATIENT	51
SECTION 1 - Accueil, consultation et admission des patients.....	51
Art.75 – Le principe du libre choix du patient	51
Art.76 – L'accès aux soins des personnes démunies (PASS).....	51
Sous-section 1 : Accueil et admission.....	52
Art.77 - L'accueil des patients.....	52
Art.78 – Le livret d'accueil	52
Art.79 – La compétence du directeur d'établissement en matière d'admission	52
Art.80 - Les pièces à fournir au moment de l'admission	52
Art.81 – L'admission sous identité protégée	53
Art.82 – L'admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation	53
Art.83 – L'admission programmée	53
Art.84 - Le transfert d'un patient vers un autre établissement.....	53
Sous-section 2 : Consultations.....	54
Art.85 – Les consultations externes.....	54
Art.86 – Les tarifs des consultations externes	54
Art.87 – La consultation de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD).....	54
Art.88 – La protection maternelle et infantile.....	55
Art.89 – Les consultations hospitalières d'addictologie	55
Sous-section 3. Alternatives à l'hospitalisation	55
Art.90 – Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	55
Art.91 – Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires	55
Art.92 – L'hospitalisation à domicile	56
Art.93 – La télé-médecine.....	56

Sous-section 4. Activité libérale des médecins au sein de l'établissement	56
Art.94 – Les principes d'organisation de l'activité libérale	56
Art.95 – Le service public hospitalier et l'activité libérale	57
SECTION 2 - Accueil et admission en urgence	57
Art.96 – L'accueil et l'admission en urgence	57
Art.97 – L'information des familles des patients hospitalisés en urgence	57
Art.98 – L'inventaire à l'admission	58
Art.99 – Les patients amenés par les forces de l'ordre	58
SECTION 3 - Dispositions particulières à certains patients.....	59
Sous-section 1. Dispositions relatives aux mineurs.....	59
Art.100 – La garde et protection des mineurs.....	59
Art.101 – La scolarisation	59
Art.102 – Les consultations pour les mineurs étrangers isolés	59
Art.103 – L'admission des mineurs.....	59
Art.104 – Les mineurs présentés en urgence	61
Art.105 – Les autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	61
Art.106 – L'information des mineurs et consentement aux soins.....	61
Art.107 – Les soins confidentiels à la demande des mineurs.....	62
Art.108 – La sortie des mineurs en fin d'hospitalisation	62
Art.109 – Les mineurs en situation de rupture familiale	62
Sous-section 2. Dispositions relatives aux femmes enceintes	62
Art.110 – L'admission en maternité	62
Art.111 – Le secret de la grossesse ou de la naissance	63
Art.112 – L'admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)	63
Sous-section 3. Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre	64
Art.113 – L'admission des militaires	64
Art.114 – L'admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre	64
Sous-section 4. Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux.....	64
Art.115 – Les dispositions générales relatives à l'admission du patient en soins psychiatriques	64
Art.116 - L'admission du patient majeur en soins psychiatriques libres	64
Art.117 - L'admission du patient majeur en soins psychiatriques sans consentement	65
Sous-section 5 : Dispositions relatives aux majeurs protégés.....	66
Art.118 - L'admission du majeur protégé sous tutelle	66
Art.119 - L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice.....	66
Sous-section 6 : Dispositions relatives aux patients gardés à vue et détenus	67
Art.120 – L'audition par les autorités de police.....	67
Art.121 – L'admission des personnes gardées à vue	67
Art.122 – L'admission des détenus.....	67
Art.123 – La surveillance des détenus	68
Art.124 – Les soins dispensés en milieu pénitentiaire.....	68



SECTION 4 - Les droits du patient	68
Art.125 – La laïcité et libre exercice du culte.....	68
Art.126 - La Charte du Patient Hospitalisé.....	68
Sous-section 1 : Information médicale.....	69
Art.127 – L’information du patient.....	69
Art.128 – Les relations avec les familles et les proches.....	70
Art.129 – La transmission d’information entre professionnels de santé	70
Art.130 – Le dossier du patient.....	70
Art.131 – La communication du dossier du patient	71
Art.132 – La personne de confiance	72
Art.133 – Les relations avec le médecin traitant	73
Art.134 - Les directives anticipées	73
Art.135 – Les traitements automatisés des données à caractère personnel	73
Art.136 – L’information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales	74
Art.137 – Les réclamations et voies de recours.....	74
Art.138 - Les médiateurs.....	75
Art.139 – Les Représentants des usagers	75
Sous-section 2 : Consentement aux soins	76
Art.140 – Le consentement aux soins : dispositions générales.....	76
Art.141 – Le consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté.....	76
Art.142 – Le refus des soins.....	76
Art.143 – Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs	77
Art.144 – Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle	77
Sous-section 3 : Qualité des soins.....	78
Art.145 – Le droit du patient à des soins de qualité.....	78
Art.146 - La certification	78
Art. 147 – La prise en charge de la douleur	78
Art. 148 – Le droit aux soins palliatifs.....	79
Sous-section 4 : Dons du sang et transfusions sanguines	79
Art.149 – Le don du sang	79
Art.150 – Les produits sanguins labiles	79
Art.151 – La sécurité transfusionnelle.....	79
Sous-section 5 : Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain	80
Art.152 – Les recherches biomédicales	80
Art.153 – Les principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients.....	80
Art.154 – Les prélèvements et greffes d'organes.....	81
Art.155 – L’autopsie médicale	82
Art.156 – L’utilisation des prélèvements à des fins scientifiques.....	82
SECTION 5 – Conditions de séjour du patient au Centre Hospitalier	82

Sous-section 1 : Principes régissant le séjour	82
Art.157 – Les règles générales	82
Art.158 – Le respect de la personne et de son intimité	83
Art.159 – Le dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur	83
Art.160 – Les biens conservés par le patient.....	84
Art.161 - La restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur	84
Art.162 - Les repas.....	85
Art.163 – Les autorisations de sortie	85
Art.164 – Les pratiques religieuses.....	85
Sous-section 2 : Service social	86
Art.165 – Les missions du service social	86
Sous-section 3 : Accès des personnes étrangères à l'établissement.....	86
Art.166 – Les visites	86
Art.167 – Les recommandations aux visiteurs.....	87
Art.168 - Les animaux	87
Art.169 – Les stagiaires extérieurs.....	87
Art.170 – La visite des officiers ministériels (dont notaires)	87
Sous-section 4 : Règles diverses	88
Art.171 – La neutralité du service public.....	88
Art.172 – Les droits civiques.....	88
Art.173 – Le droit à l'information	88
Art.174 – Les prestataires de service au sein de l'établissement.....	88
Art.175 – L'interdiction des pourboires.....	89
Art.176 – Les effets personnels	89
Art.177 – Le courrier	89
Art.178 – Le téléphone et micro-informatique	89
Art.179 – L'usage des terminaux numériques.....	90
SECTION 6 - Sortie des patients	91
Art.180 – La compétence du directeur d'établissement	91
Art.181 – Les modalités de la sortie	91
Art.182 – Le recueil de la satisfaction.....	92
Art.183 – La sortie contre avis médical	92
Art.184 – La sortie à l'insu du service	92
Art.185 – La sortie des nouveau-nés	93
Art.186 – La sortie par mesure disciplinaire	93
SECTION 7 - Frais de séjour	93
Art.187 – L'information	93
Art.188 – Les tarifs des consultations externes.....	93
Art.189 – Les tarifs de l'activité libérale	94
Art.190 – Le forfait journalier	94
Art.191 – Le paiement des frais de séjour et provisions	94
Art.192 – Le supplément pour chambre particulière	95
Art.193 – Les prestations fournies aux accompagnants.....	95



SECTION 8 - Dispositions relatives aux naissances et aux décès	95
Sous-section 1 : Dispositions relatives aux naissances	95
Art.194 – La déclaration de naissance	95
Art.95 – Les déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale	95
Sous-section 2 : Dispositions relatives aux décès.....	96
Art.196 – L’attitude à suivre à l’approche du décès	96
Art.197 – L’annonce du décès	96
Art.198 – Les formalités entourant le décès.....	97
Art.199 – Les indices de mort violente ou suspecte	97
Art.200 – Le dépôt des corps à la chambre mortuaire	97
Art.201- Le transport sans mise en bière en chambre mortuaire	98
Art.202 – Le transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille	98
Art.203 – La mise en bière et transport après mise en bière	99
Art.204 – Les opérations funéraires	99
Art.205 – Les opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale	100
Art.206 – Le don du corps.....	100
Un corps ayant fait l'objet d'une procédure médico-judiciaire ne peut faire l'objet d'un don à la science.	101
Art.207 – Les objets abandonnés ou déposés par le défunt	101
Art.208 – Le libre choix des opérateurs funéraires	101
Art.209 – La liberté des funérailles. Les dispositions testamentaires	101
CHAPITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	103
SECTION 1 - Principes fondamentaux liés au respect du patient.....	103
Art.210 – Les demandes d'information	103
Art.211 - La déontologie médicale : Principes généraux	103
Art.212 – Le secret professionnel	104
Art.213 – L’obligation de réserve et de discrétion professionnelle.....	106
Art.214 – Le respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients	107
Art.215 – La sollicitude envers les patients	107
Art.216 – L’accueil et le respect du libre choix des familles.....	107
SECTION 2 : Principes de la bonne conduite professionnelle.....	107
Art.217 – La charte de l’agent hospitalier	107
Art.218 – L’utilisation des technologies de l’information et de la communication	108
Art.219 – L’interdiction de bénéficier d’avantages en nature ou en espèces	108
Art.220 – L’information du supérieur hiérarchique.....	108
Art.221 – L’obligation de signalement des accidents médicaux, des affections iatrogènes, des infections nosocomiales ou des évènements indésirables associés à un produit de santé	108
Art.222 – L’assiduité et ponctualité.....	109
Art.223 – Le respect des règles d'hygiène et de sécurité	109
Art.224 – L’exigence d'une tenue correcte.....	109
Art.225 – La lutte contre le bruit	109
Art.226 – L’identification des personnels	109
Art.227 – Les horaires de travail.....	110

SECTION 3 : Droits et obligations des personnels	110
Art.228 – le droit d'expression directe et collective.....	110
Art.229 – Le droit syndical	110
Art.230 – L'accueil, l'information et l'intégration des nouveaux arrivants	111
Art.231 – La liberté d'opinion et non-discrimination	111
Art.232 – Le droit de grève	112
Art. 233 – L'égalité femme-homme.....	112
Art.234 – La protection dans le cadre de violences sexuelles et/ou sexistes.....	113
Art.235 – La protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral.....	113
Art.236 – La protection juridique	113
Art.237 – L'accès au dossier individuel.....	114
Art.238 – Le droit de retrait et le droit d'alerte.....	114
Art.239 – La maladie, l'accident du travail	115
Art.240 – Le droit à la formation	115
Art.241 – La discipline.....	115
Art. 242 – La suspension.....	116
Art.243 – La liberté d'expression.....	116
Art.244 – Le droit à la rémunération	116
Art.245. Le droit aux congés annuels	117
Art.246 – L'obligation de désintéressement.....	117
Art.247 – L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative	117
Art.248 – L'obligation de dignité, impartialité, intégrité et probité	117
Art.249 – L'obligation de neutralité.....	118
Art.250 – L'obligation de laïcité.....	118
Art.251 – L'obligation d'obéissance.....	118
Art.252 – L'obligation de loyauté	119
Art.253 – L'obligation de formation	119
CHAPITRE IV - DISPOSITIONS FINALES	120
SECTION 1- Procédure d'approbation du règlement intérieur	120
Art.254 – L'adoption du règlement intérieur	120
Art.255 – L'opposabilité du règlement intérieur	120
Art.256 – La mise à disposition et communication du règlement intérieur.....	120
SECTION 2 - Procédure de modification du règlement intérieur	121
Art.257 – La procédure de modification.....	121
ANNEXES	122

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur est établi en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et notamment celles contenues dans le code de la santé publique (CSP).

Il se substitue aux dispositions antérieurement en vigueur. Il est complété par toutes dispositions portant règlement intérieur des structures et instances hospitalières ou d'activités spécifiques, tels que les différentes chartes ou règlements applicables le cas échéant dans certains secteurs, pôles ou services de l'établissement qui se réfèrent au règlement intérieur de l'établissement.

Il définit les règles de fonctionnement des établissements du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des usagers, de l'ensemble des personnels de l'établissement et des entreprises extérieures, des étudiants et stagiaires, ainsi que de toute personne extérieure à l'hôpital.

Le Directeur Délégué du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains veille à l'exécution du présent règlement intérieur.

Le règlement intérieur s'applique sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains, et notamment :

- Dans tous les bâtiments appartenant au Centre Hospitalier, dont ceux des écoles et instituts de formation,
- Sur les voies terrestres de circulation et de stationnement du Centre Hospitalier.

Le règlement intérieur de l'établissement est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction Générale.

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains est opposable à tous, et notamment :

- A tous les patients, usagers et résidents,
- A tous les accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs ...),
- A tous les membres du personnel employés par le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains, quel que soit leur statut,
- A tous les stagiaires intervenant au Centre Hospitalier,
- Aux étudiants hospitaliers et étudiants des écoles paramédicales,
- A tous les intervenants extérieurs au Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains dans le cadre d'une mission ponctuelle et, plus généralement, à tout tiers qui pénètre dans le site du Centre Hospitalier.

CHAPITRE I - Dispositions générales

Section 1 : Présentation générale

Section 2 : La coopération

Section 3 : L'organisation institutionnelle

Section 4 : L'organisation des soins

Section 5 : L'organisation en pôles d'activité

Section 6 : La gestion de crise

Section 7 : Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène

SECTION 1–Présentation générale du Centre Hospitalier

Art.1 - Le statut juridique du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís-les-Bains est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé publique. Il est issu de la fusion réalisée le 1^{er} janvier 2021 des établissements hospitaliers de Montluçon et de Nérís-les-Bains, et est un établissement hospitalier à vocation généraliste présent sur l'ensemble des filières de soins du sanitaire (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Hospitalisation à Domicile, Soins Médicaux et de Réadaptation, Psychiatrie & soins de Longue Durée). Il gère également des activités médico-sociales : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD et MAPAD), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Il est doté de la personnalité morale de droit public et dispose d'une autonomie administrative et financière.

Le siège de l'établissement du Centre Hospitalier de Montluçon Nérís-les-Bains est fixé **18 avenue du 8 mai 1945**.

Depuis le 1er janvier 2023, l'établissement est en direction commune avec le CHU de Clermont-Ferrand.

Les identifiants du Centre Hospitalier sont les suivants :

Identifiant SIREN : **260 300 173**

Identifiant SIRET du siège : **260 300 173 00010**

FINESS juridique : **030780100**

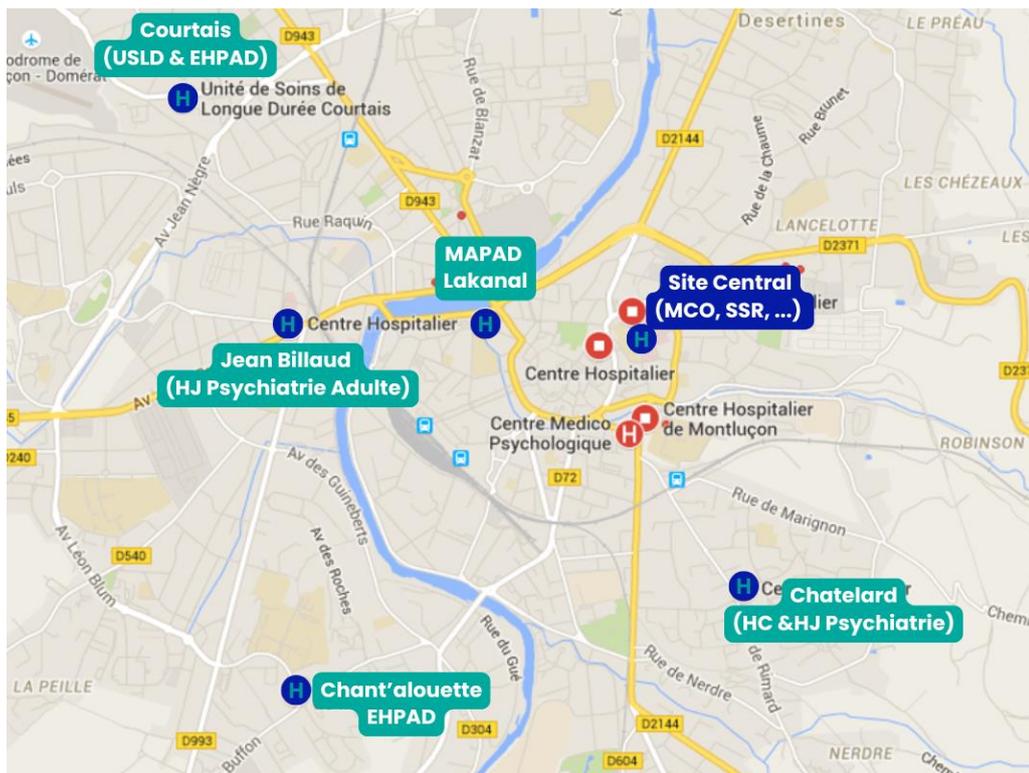
Art.2 - Les différents sites

Le Centre Hospitalier de Montluçon Nérès-les-Bains est constitué de différents établissements hospitaliers répartis sur plusieurs sites :

- Site principal situé 18 avenue du 8 mai 1945 à Montluçon, accueillant également l'activité d'enseignement (IFSI, IFAS) et les activités logistiques (blanchisserie, restauration),
- Sites de Nérès-les-Bains (EHPADs de Cuvelier et des Hirondelles/Médecine de rééducation)
- Site des EHPAD/USLD de Courtais,
- Site principal de psychiatrie des adultes de Châtelard,
- Centres médico-psychologiques des secteurs est et ouest de Montluçon,
- Site des hôpitaux de jour des adultes et de pédopsychiatrie « Jean Billaud » à Montluçon,
- Site de l'EHPAD de Lakanal
- Site de l'EHPAD de Chant'alouette.

A cela s'ajoutent des antennes à Cosne d'Allier et à Commentry pour la psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

MONTLUÇON :



NERIS LES BAINS :



Art.3 – Les missions générales du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains

Le Centre Hospitalier de Montluçon Nérès-les-Bains est au service de la population à laquelle il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic. Il concourt à l'enseignement dans le domaine de la santé, notamment à travers ses écoles.

Il est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences du service public hospitalier.

Conformément à l'article L. 6112-2 du Code de la Santé publique, le Centre Hospitalier de Montluçon Nérès-les-Bains accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite. Aucune discrimination ne peut être établie entre les patients en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le Centre Hospitalier de Montluçon Nérès-les-Bains doit être 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 par transfert.

Les personnels de l'établissement dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

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 de l'établissement.

SECTION 2—La coopération

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains développe les coopérations utiles à la prise en charge de ses patients, notamment dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire « *Territoires d’Auvergne* », et mais également avec d’autres acteurs de son territoire.

Art.4 – Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « *Territoires d’Auvergne* »

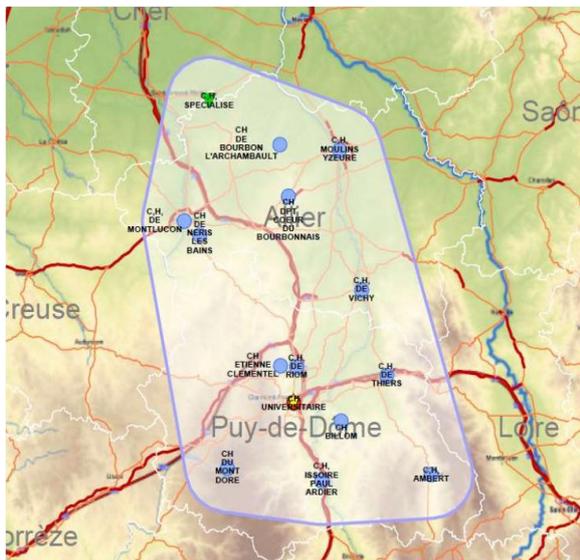
Art. L. 6132-1 à L.6132-7 du code de la santé publique

Le Centre Hospitalier de Montluçon Nérès-les-Bains s’inscrit dans une logique de gradation des soins, d’organisation en filières et de parcours de soins coordonnés des patients dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire « *Territoires d’Auvergne* ».

Issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d’assurer une égalité d’accès à des soins sécurisés et de qualité. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médico-soignant partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l’accès à une offre de référence et de recours. Ce projet médico-soignant partagé définit la stratégie médicale du GHT et notamment les objectifs médicaux et en matière d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l’organisation d’une offre de soins gradués par filières, ainsi que les principes d’organisation des activités au sein de chacune des filières et leur déclinaison par établissement.

Le Centre Hospitalier de Montluçon Nérès-les-Bains fait partie des quatorze établissements situés sur les départements de l’Allier et du Puy de Dôme qui composent le Groupement Hospitalier de Territoire (G.H.T) « *Territoires d’Auvergne* » constitué autour du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand.

Le GHT est régi par une convention constitutive qui définit ses modalités d’organisation et de fonctionnement et détermine les compétences déléguées à l’établissement-support.



Art.5 – Les instances du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

Le Groupement hospitalier de Territoire est constitué autour des Instances suivantes :

- *Comité Stratégique de GHT* : il est notamment chargé de se prononcer sur la convention constitutive du GHT, sur sa mise en œuvre, sur le projet médico-soignant partagé, sur la gestion et la mutualisation des fonctions entre les établissements,
- *Comité Territorial des Elus Locaux* : son rôle est d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le GHT pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du GHT,
- *Commission Médicale de Groupement* : elle est chargée de l'élaboration du projet médical partagé et est également consultée sur différents sujets (mise en place des pôles inter-établissements ou de fédérations médicales inter-hospitalières, le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins ...),
- *Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de Groupement* : elle élabore le projet de soin du GHT en lien avec le projet médical partagé,
- *Comité des Usagers* : il est composé de représentants des usagers des différents établissements parties du GHT,
- *Conférence territoriale du dialogue social* : elle est composée de représentants des personnels des différents établissements parties du GHT,
- *Commission Qualité et Gestion des Risques du GHT* : elle travaille sur la qualité et la gestion des risques, ainsi que sur les parcours patients.

Le Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès-les-Bains est membre ou représenté dans ces instances.

Art.6 – Les autres coopérations

Art. L.6131-2 du CSP

Le Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès-les-Bains s'inscrit, à l'échelle de son territoire, dans une logique d'optimisation du parcours de ses patients et a tissé, au fil des années, différentes coopérations avec les partenaires dans ce but. Ces partenaires sont multiples : autres établissements de santé, publics et / ou privés, établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, CPTS, professionnels de santé libéraux ... La majorité de ces partenariats est établie sous forme de conventions entre les parties.

SECTION 3 – L'organisation institutionnelle

Art.7 - Le projet d'établissement

Art. L.6143-2 et suivants du CSP

Le projet d'établissement définit la politique générale de l'Institution sur la base du projet médical, du projet de soins infirmiers, du schéma directeur du système d'information, du schéma directeur architectural, du projet social, du projet qualité, du projet managérial, du projet des usagers, du projet des psychologues ...

Le Projet d'Etablissement s'inscrit en cohérence avec le projet médico-soignant partagé du GHT Territoires d'Auvergne et dans les objectifs du Schéma Régional de Santé de la Région Auvergne-Rhône-Alpes. Il est établi pour une durée de cinq ans et peut être révisé avant ce terme.

La gouvernance du projet d'établissement relève du Directeur et de la Présidence de la CME, dans le respect des compétences des Instances de l'établissement. La déclinaison opérationnelle du projet d'établissement s'opère à l'échelle des Pôles, des services et des directions fonctionnelles dans leurs domaines d'attribution respectifs.

Sous-section 1 : La gouvernance médico-administrative

Art.8 - Le Conseil de Surveillance

Art. L.6143-1, L.6143-4 et suivants du CSP

Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il communique au Directeur Général de l'Agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le Directeur et sur la gestion de l'établissement.

Il se réunit au moins quatre fois par an.

Il délibère sur :

- Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement,
- Le compte financier et l'affectation des résultats,
- Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
- Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur,
- Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance,
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L 6145-7
- Le plan pluriannuel d'investissement.

Il donne également son avis sur :

- L'état prévisionnel de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement,
- La charte de gouvernance,
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,

- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire,
- Le règlement intérieur de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. En outre, le conseil de surveillance a compétence pour nommer le commissaire aux comptes chargé de la certification des comptes.

Le conseil de surveillance est composé de quinze membres, constitué de trois collèges dont le nombre de membres est identique :

- représentants des collectivités territoriales,
- représentants du personnel médical et non médical de l'établissement,
- personnalités qualifiées parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers, désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de cinq ans.

Le vice-président du directoire, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique, le directeur de la caisse d'assurance maladie et un représentant des familles de personnes accueillies participent aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1 du code de la santé publique. Il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Art .9 - Le Directoire

Articles L. 6143-7 et suivants et D.6143-35-4 du CSP

Conformément à la réglementation en vigueur, le CH de Montluçon – Nérís-les-Bains est doté d'un Directoire. Le Directoire compte 7 membres dont 3 membres de droit et 4 membres nommés par le président du directoire. Le directoire comprend une majorité de professionnels médicaux. Ceux-ci sont nommés après proposition de la présidence de CME.

Les membres nommés par le président du directoire peuvent être dénommés par lui, et leur mandat est lié au sien.

La présidence du Directoire est assurée par le Directeur délégué du CHMN.

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

Le président du Directoire organise une concertation avec les membres du Directoire sur les sujets suivants:

- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- la politique d'amélioration de la qualité, sécurité des soins, accueil et prise en charge des usagers,
- le bilan social et la politique d'intéressement,
- le programme d'investissement,
- l'EPRD, le PGFP et les propositions de tarifs de prestations,
- le compte financier,
- l'organisation interne de l'établissement et la signature des contrats de pôle,
- la constitution ou la participation à des coopérations ou des réseaux,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat public-privé, et les contrats de location,
- le projet d'établissement,
- les délégations de service public,
- le règlement intérieur de l'établissement,
- le plan de redressement,
- le plan blanc.

Le Directoire examine la politique de recrutement des personnels médicaux ainsi que la formation des étudiants et des internes.

Art.10 - Le Directeur

Art. L.6143*-7 du CSP

La Directrice de la Direction Commune est la Directrice Générale du CHU de Clermont-Ferrand, établissement support du GHT « Territoires d'Auvergne ». La Directrice Générale en charge de la Direction commune assume, pour chacun des établissements parties, les missions de chef d'établissement telles qu'elles sont définies à l'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique.

La Directrice Générale du CHU de Clermont-Ferrand désigne un directeur délégué chargé d'assurer, en lien avec elle, la conduite générale du Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès-les-Bains. Cette désignation est préalablement présentée et acceptée par le Président du Conseil de Surveillance du Centre hospitalier.

Le Directeur délégué assume la responsabilité du Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès-les-Bains placé sous délégation de gestion, dans le cadre des orientations stratégiques communes aux établissements. À cette fin, le Directeur délégué bénéficie d'une délégation de signature de la Directrice Générale de la Direction Commune, laquelle précise le champ de sa délégation de signature et celui des membres de la direction déléguée.

Le Directeur délégué réunit et pilote les instances, il participe à la définition des orientations stratégiques, pour ce qui concerne le Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès-les-Bains.

Le Directeur délégué exerce le pouvoir de nomination et a autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels. Il assure l'ordonnancement des recettes et des dépenses.

Il détermine, après avis conforme de la Directrice Générale du CHU de Clermont-Ferrand, la composition de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Montluçon Nérès les Bains, dans le cadre de la direction commune.

Art.11 - La Présidence de la CME

Art. R.6144-5 et R.6144-5-1 du CSP

La Présidence de la CME constitue avec le Directeur l'entité de la Gouvernance dont les rapports sont réglés par la charte adoptée par le Conseil de Surveillance du 27 juin 2024 et annexée au présent règlement.

La présidence de la CME :

- est vice-présidente du directoire,
- coordonne la politique médicale de l'établissement,
- élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement. Elle assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel,
- décide, conjointement avec le directeur, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la CME. Elle est chargée du suivi de cette politique. Elle peut organiser des évaluations internes à cette fin. Elle veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui résultent notamment des inspections des autorités compétentes et de la procédure de certification,
- participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative,
- nomme, conjointement avec le directeur, les chefs de pôle.

Sous-section 2 : Les instances consultatives et de dialogue social

Art.12 - La Commission Médicale d'établissement (CME)

Art R 6144-1 et suivants du CSP

La Commission Médicale d'Etablissement est l'instance représentative de la communauté médicale, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Elle participe à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement, dans le respect des orientations du Projet Régional de Santé.

La CME est une instance consultative : elle donne un avis sur le projet d'établissement, les orientations stratégiques, le plan global de financement pluriannuel et l'organisation interne.

Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et veille au respect permanent des valeurs déontologiques et éthiques.

Composition et fonctionnement

Art. R.6144-3 à R.6144-3-2 et R.6144-6 du CSP

La composition de la CME, qui comprend des membres de droit et des membres élus, assure une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

La CME dispose de son propre règlement intérieur.

Compétences

Art. R.6144-1 et suivants du CSP

La CME est notamment consultée sur :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;

2° Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel de recettes et de dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement et le plan global de financement pluriannuel ;

3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;

5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences,

7° la convention constitutive du GHT,

8° Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'article L. 6146-1-2 ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'article L.6149-1 ;

9° les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre les dispositions du premier alinéa de l'article L.6146-1-2 et du premier alinéa de l'article L.6149-1.

La Commission Médicale d'Etablissement est informée sur les sujets suivants :

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

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
- Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- La politique du médicament et les dispositifs médicaux stériles
- La prise en charge de la douleur
- Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du GHT.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,

- L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées,
- L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs,
- Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité,
- L'organisation des parcours de soins.

Art.13 - Les sous commissions de la CME (liste non exhaustive)

La Commission Médicale d'Etablissement constitue en son sein des sous-commissions spécialisées qui contribuent, par leurs avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé énumérés à l'article L 5311-1 du CSP (médicaments, prélèvements, PSL, biomatériaux, etc.),
- La lutte contre les infections nosocomiales,
- La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- La lutte contre les affections iatrogènes,
- La prise en charge de la douleur.

Les sous-commissions dédiées sont les suivantes :

- COMEDIMS/Comité de pilotage de la prise en charge médicamenteuse/Commission des fluides médicaux: management du médicament
- Equipe d'Hygiène et de gestion du risque infectieux /CLIN : lutte contre les infections nosocomiales
- CLAN : prévention des troubles nutritionnels
- CLUD : prise en charge de la douleur
- CSTH : sécurité transfusionnelle et hémovigilance
- COVIRIS : coordination des vigilances sanitaires
- COMETHIQUE : réflexion éthique
- DPC : développement professionnel continu
- COPS : organisation de la permanence des soins
- COPIL Déploiement informatique : modernisation des systèmes d'information
- CEM : programmation des équipements médicaux
- CANP : Commission des admissions non programmées.

Art.14 – La commission d'activité libérale

Art. L.6154-1 à L.6154-7 du CSP

La Commission d'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein, au vu des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. A ce titre, elle peut notamment se saisir ou être saisie de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale. Elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement.

Elle est composée d'un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, de deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins, du directeur de l'établissement ou son représentant, du représentant de la Caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur, de deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la CME, d'un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la CME et d'un représentant des usagers du système de santé.

Art.15 - Le Comité social d'établissement (CSE)

Décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021

Composition et fonctionnement :

Le CSE est composé de douze représentants du personnel.

Il est présidé par le Directeur ou son représentant.

Il dispose de son propre règlement intérieur.

Compétences :

Chaque année, le Comité social d'établissement débat sur :

1° La programmation des travaux de l'instance ;

2° L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

Le Comité social d'établissement est consulté sur :

1° Le règlement intérieur de l'établissement ;

2° Le plan de redressement mentionné à l'article L.6143-3 du Code de la santé publique ;

3° Le plan global de financement pluriannuel ;

4° L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la Commission médicale d'établissement, de la Commission des usagers et de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;

5° L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L.6143-7 du Code de la santé publique ;

6° Les projets de réorganisation de service ;

7° La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;

8° Les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 du Code de la santé publique

9° Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;

10° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Chaque année, le Comité social d'établissement est informé sur :

1° La situation budgétaire de l'établissement ;

2° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.6114-1 du Code de la santé publique ;

3° Le budget prévu à l'article L.6145-1 du même code ;

4° Les décisions mentionnées au 8° de l'article L.6143-7 du même code.

Seul le Comité social d'établissement est consulté sur une question ou un projet relevant de ses attributions et qui aurait pu également relever de la Formation spécialisée.

Art.15-1 - La Formation spécialisée du CSE

Décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021

La Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT) est une émanation du CSE. Elle est composée de douze représentants du personnel.

La F3SCT exerce ses fonctions et attributions à l'égard du personnel des services de leur champ de compétences.



La F3SCT est compétente sur les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

La F3SCT est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission, ainsi que :

- les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail.
- les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents.
- le plan blanc (article L. 3131-7 du code de la santé publique) .
- la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

⚠ La F3SCT n'est toutefois pas consultée sur les projets qui s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par l'assemblée plénière du CSE.

Art.16 - La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Art. L.6146-9 et R.6145-10 et suivants du CSP

Composition et fonctionnement :

La CSIRMT comprend au maximum 30 membres. Les membres sont répartis en trois collèges :

- cadres de santé ;
- personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- aides-soignants.

Un Représentant des Usagers est invité permanent à la CSIRMT.

La CSIRMT, dont le président est membre de droit du directoire, est à la fois consultée et informée sur toutes les questions liées à l'organisation des soins.

Compétences :

Elle est consultée sur :

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

Elle est informée sur :

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

La CSIRMT dispose de son propre règlement intérieur (disponible dans la GED)

Art.17 - La Commission des usagers (CDU)

Art. L.1112-3 et R.1112-79 et suivants du CSP

Deux commissions des usagers sont instituées au sein de l'établissement : une CDU pour le site de Montluçon et une CDU pour le site de Nérès Les Bains.

Elles ont pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

Elles facilitent les démarches de ces personnes et veillent notamment à ce qu'elles puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elles sont consultées sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge et font des propositions en ce domaine.

Elles sont informées de l'ensemble des plaintes ou réclamations des usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.

À cette fin, elles peuvent avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres des commissions sont astreints au secret professionnel.

Les commissions comprennent notamment des membres titulaires et suppléants :

- le représentant légal de l'établissement (ou son représentant),
- deux médiateurs : médical et non médical (et leurs suppléants) ;
- deux représentants des usagers (et leurs suppléants).
- le président de CME
- un représentant de la CSMIRT
- un représentant du personnel et son suppléant
- un représentant du conseil de surveillance
- un représentant du service qualité
- toute personne concernée par l'ordre du jour.

Les CDU élisent leur président et leur vice-président.

La liste nominative des membres des commissions est affichée au sein de chaque service de l'établissement. Elle est également précisée dans le livret d'accueil et sur les terminaux numériques.

Les commissions se réunissent quatre fois par an sur convocation de leur président et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui leur sont transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

Les CDU disposent d'un règlement intérieur commun à la CDU de Montluçon et à la CDU de Nérès Les Bains.

Sous-section 3 : Les Commissions spécifiques

(liste non exhaustive)

Art.18 - Le Comité Ethique

Art. L.6111-1 du CSP

Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Un comité d'éthique est mis en place au Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès Les Bains. Il vise notamment à favoriser la réflexion sur le sens des soins en impliquant le respect de la dignité humaine, et organise la formation des professionnels à la réflexion éthique. Un règlement intérieur définit sa composition, ses missions et ses modalités de fonctionnement.

Art.19 - Le Comité bientraitance

Le comité bientraitance est composé de professionnels médicaux, non médicaux et de représentants des usagers. Ce comité vise à favoriser la bientraitance et lutter contre la maltraitance en promouvant des pratiques professionnelles favorisant la bientraitance, en élaborant des outils institutionnels (politique de bientraitance, procédure de signalement de faits de maltraitance, livret de bientraitance, formation à la bientraitance, information et sensibilisation des professionnels, débat autour de situations vécues par les professionnels...). Il se réunit 3 à 4 fois par an.

Art.20 - Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Art.L261-8 du CSP

Dans la fonction publique hospitalière, les Commissions Administratives Paritaires (CAP) sont des instances consultatives instituées dans chaque établissement public hospitalier, afin d'examiner la situation et la carrière individuelle des agents.

Il existe dix CAP :

- 4 commissions pour le corps des catégories A,
- 3 commissions pour le corps des catégories B,
- 3 commissions pour le corps des catégories C.

La loi du 6 août 2019 a recentré les compétences des commissions administratives paritaires (CAP) sur l'examen des décisions individuelles défavorables : elle a ainsi supprimé leur compétence en matière de mutation et de mobilité à compter du 1er janvier 2020 et en matière d'avancement et de promotion dès le 1er janvier 2021, pour les trois versants de la fonction publique.

Le fonctionnement des CAPL est défini dans son règlement intérieur approuvé lors de la séance du CSE du 5 mars 2024. En fonction des effectifs de l'établissement suite aux élections professionnelles, certaines CAP peuvent relever de l'échelon départemental, à savoir pour l'Allier, du Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure.

Art.21- Les Commissions Consultatives Paritaires

Arrêté du 8 janvier 2018 relatif aux commissions consultatives paritaires compétentes à l'égard des agents contractuels de la fonction publique hospitalière

La commission consultative paritaire (CCP) est une instance consultative composée, en nombre égal, de représentants de l'administration et de représentants du personnel élus tous les 4 ans, par les agents contractuels et compétente à l'égard de ces derniers.

Pour la fonction publique hospitalière (FPH), une CCP est créée dans chaque département par l'agence régionale de santé (ARS) agissant au nom de l'État et gérée par un établissement public de santé sis dans le département, à savoir pour le département de l'Allier, le Centre hospitalier de Moulins – Yzeure.

Art.22 - La Commission des sorties complexes

La commission des sorties complexes a pour mission d'étudier les situations les plus complexes parmi les hospitalisations de plus de dix jours. Elle se réunit après sélection de ces situations par le responsable des sorties complexes.

Elle assure une veille visant à améliorer la gestion de ces séjours avec sorties difficiles sur le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís-les-Bains.

Les membres de la commission des sorties complexes se réunissent une fois par semaine. Elle a pour objectifs d'évaluer les motifs conduisant à un séjour de plus de dix jours, d'aider par sa réflexion à la gestion des situations médico-sociales complexes non résolues, d'être une ressource institutionnelle pour les unités de soins confrontées à une sortie difficile, de garantir un parcours patient adapté et de qualité, de permettre une traçabilité de ces parcours, de proposer des plans d'actions.

Sous-section 4 : Les référents

(Liste non exhaustive)

En application de la réglementation, des référents sont désignés sur différentes thématiques.

Art.23 - Le référent laïcité

Article 28 ter de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

Un référent laïcité est désigné au Centre hospitalier de Montluçon-Nérís Les Bains. Il est chargé d'apporter le conseil à l'équipe de direction, à l'encadrement et à l'ensemble des agents publics pour la mise en œuvre du principe de laïcité, notamment par l'analyse et la réponse aux sollicitations de ces derniers portant sur des situations individuelles ou sur des questions d'ordre général.

Art.24 - Les référents égalité professionnelle (PM et PNM)

Instruction N° DGOS/RH3/2021/180 du 5 août 2021 relative à la mise en place d'un(e) référent(e) Egalité au sein de la fonction publique hospitalière.

Quatre missions principales sont confiés aux référents Egalité professionnelle :

- ↳ l'information des agents sur la politique d'égalité professionnelle menée par leur établissement (lutte contre les discriminations, lutte contre les violences, le harcèlement sexuel ou moral, les agissements sexistes...);
- ↳ la réalisation d'actions de sensibilisation des agents à l'égalité professionnelle (sensibilisation des agents, déconstruction des stéréotypes, prévention des discriminations liées au sexe, harcèlement sexuel) ;
- ↳ le conseil des agents et des services s'agissant des sujets liés à l'égalité professionnelle (conseils en matière de prévention et de traitement des actes de violences sexuelles, du harcèlement sexuel et moral, des agissements sexistes, et des discriminations liées au sexe, ou dans la mise en œuvre de toute procédure ou dispositif en faveur de l'égalité professionnelle) ;
- ↳ La participation au diagnostic de l'état de la politique d'égalité professionnelle et au suivi de la mise en œuvre des actions menées par l'établissement (élaboration et suivi des accords négociés, plans d'action et les autres dispositifs relatifs à l'égalité professionnelle).

Art.25 - Les référents handicap

Décret n° 2022-1679 du 27 décembre 2022 relatif aux missions et au cadre de l'intervention du référent handicap dans le parcours du patient en établissement de santé

Un référent handicap de parcours patient est nommé au Centre hospitalier de Montluçon-Nérès Les Bains. Il assure un rôle d'interface entre les patients et les professionnels de santé, afin de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, le séjour ou la consultation de ces derniers et la communication avec les professionnels de l'établissement et les autres acteurs du parcours de soins.

Sont également désignés :

- un référent au niveau des Instituts de Formation pour accompagner et orienter l'apprenant en situation de handicap.
- Des référents au niveau de la Direction des Ressources Humaines pour faciliter l'intégration des personnels en situation de handicap et les accompagner individuellement dans leur parcours professionnel.

Art.26 - Les référents déontologues (PM et PNM)

Décret n° 2017-519 du 10 avril 2017 relatif au référent déontologue dans la fonction publique

Tout fonctionnaire peut consulter un référent déontologue, chargé de lui apporter tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques énoncés par les articles 25 à 28 de la loi du 13 juillet 1983, notamment la prévention des situations de conflits d'intérêts. Cette fonction de conseil s'exerce sans préjudice de la responsabilité et des prérogatives du chef de service.

Art.26-1 - Le Délégué à la protection des données (DPO)

Règlement Général sur la Protection des Données

Dans le cadre de l'application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le CH de Montluçon – Nérès-les-Bains a mis en place un délégué à la protection des données (DPO), désigné par le Directeur délégué en relais du DPO du GHT.

Le délégué agit d'une manière indépendante et bénéficie d'une protection suffisante dans l'exercice de ses missions par le CHMN. Le délégué à la protection des données est principalement chargé :

- d'informer et de conseiller le responsable de traitement des données informatiques / papiers (et les sous-traitants), ainsi que leurs employés ;
- de contrôler le respect du règlement et du droit national et européen en matière de protection des données ;
- de conseiller le CH sur la réalisation d'une analyse d'impact relative à la protection des données et d'en vérifier l'exécution, pour chaque traitement de données mis en œuvre;
- de coopérer avec l'autorité de contrôle, la CNIL, et d'être le point de contact de cette dernière.

En cas de difficulté dans l'exercice des droits concernant la collecte, conservation et transmission de leurs données personnelles, les patients peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données du CH de Montluçon – Nérès-les-Bains à l'adresse suivante : dpo@ch-montlucon.fr

Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Sous-section 5 – Les astreintes de direction, soignante et technique

Art.27 – L'astreinte de direction

Pour répondre à la nécessité d'une continuité de fonctionnement et d'une autorité responsable, le Directeur Délégué organise avec les membres de l'équipe de direction et le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs, dont il a arrêté la liste, une astreinte de direction.

Art.28 – L'astreinte soignante

Le Directeur Délégué organise avec la Direction des soins une astreinte d'encadrement soignant et médico-technique distincte de l'astreinte de direction afin d'assurer la sécurité du bon fonctionnement de l'établissement prévue à l'article 10 du présent règlement.

Le directeur délégué organise avec la direction des soins les astreintes suivantes :

- Bloc opératoire
- Coronarographie
- Hospitalisation à domicile
- Imagerie médicale
- Transfusion.

Art.29 – Les astreintes techniques

Le Directeur Délégué organise des astreintes techniques (technique, informatique, biomédicale) distinctes de l'astreinte de direction afin d'assurer la sécurité du bon fonctionnement de l'établissement prévue à l'article 10 du présent règlement.

SECTION 4 – L'organisation des structures médicales et des soins

Art.30 - Le personnel médical

Art.L.6151-1 et suivants du CSP

Les personnels médicaux, quel que soit leur statut, ont pour charge :

- d'assurer les services du matin et de l'après-midi,
- d'effectuer, si besoin est, les remplacements imposés par divers congés, dans la limite des possibilités,
- d'assurer la permanence médicale des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical, et de répondre à ce titre aux appels d'urgence,
- de participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le Ministère de la Santé, ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des personnels hospitaliers,
- et de tenir un dossier individuel par malade et renseigner les documents nécessaires à l'évaluation de l'activité.

A ce titre, ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés au titre du Service Public Hospitalier.

Les praticiens participent, par ailleurs, aux services de gardes et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés.

En outre, ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche. Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Chaque Chef de service/responsable de structure interne soumet un tableau de service nominatif prévisionnel, puis réalisé, au Directeur ou à son représentant, pour accord.

Art.31 – L'activité de pharmacie à usage intérieur (PUI)

Art. L.5126-1 et suivants du CSP

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Cette politique fait partie des missions des établissements de santé.

Les missions des Pharmacies à usage intérieur (PUI) sont précisées dans le décret PUI de mai 2019 (qui constitue le texte réglementaire d'application de l'ordonnance PUI du 15 décembre 2016), le décret du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales et l'arrêté du 21 février 2023 relatif au renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique. Ces missions sont :

- assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité ;
- mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient ;

- entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à l'article L. 6111-2
- exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8, s'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé,
- pouvoir prescrire et administrer certains vaccins, dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament, pour les personnes prises en charge par l'établissement, le service ou l'organisme dont elles relèvent et les personnels exerçant au sein de ces derniers ;
- permettre dans le cadre d'un protocole local de renouveler et d'adapter les ordonnances pour certaines pathologies.

Le pharmacien chargé de la gérance de la PUI est responsable des missions et des activités autorisées pour cette pharmacie.

Art.32 – Les sages-femmes

Art. L.4151-1 et suivants du CSP

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

Art.33 - Les internes

Les internes, les faisant fonction d'internes, les stagiaires associés sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui exercent leurs fonctions par délégation et sous l'autorité d'un praticien. Ils participent à la permanence des soins spécifique. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Art.34 - Le tutorat

Les internes sont sous la responsabilité de leur responsable d'unité. Ils agissent par délégation et sous couvert de celui-ci.

En plus de leur formation théorique, ceux-ci bénéficient d'une formation théorique au sein de l'hôpital qui complète l'activité pratique. Ainsi, en plus des staffs au sein de leur unité, les médecins du Centre Hospitalier dispensent, en soirée, des formations spécifiques.

Art.35 – Les étudiants Hospitaliers

Les étudiants participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens seniors hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés à la permanence des soins.

Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'établissement et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées dans le cadre du tutorat.

Art.36 – Les soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Dans l'établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur.

Le directeur des soins coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement.

Les cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques.

Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils s'assurent de la bonne réalisation des soins et des activités de l'équipe.

Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation, et médico-techniques diplômés d'État ou équivalent 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.

Art.37 - Le coordonnateur des instituts de Formation

La Directrice de l'Institut est responsable de la conception du projet de formation et de l'ingénierie pédagogique, de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique, du contrôle des études, du fonctionnement général, de la gestion administrative et financière de l'institut de formation, de la recherche en soins infirmiers conduite par l'équipe enseignante.

Art.38 – Les étudiants en Institut de formation

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

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 élaborent des démarches de soins et sont chargés de réaliser dans le cadre de leur stage certains soins courants, qui leur sont confiés au regard de leur niveau de formation et des objectifs de stage.

Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein de l'établissement et des enseignements théoriques organisés par l'IFSI et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Art.39 – La coordination des soins dispensés aux patients

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

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, qu'ils soient ou non exprimés explicitement.

Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

Art.40 – La continuité et permanence des soins

Code déontologie

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Art.40.1 - La continuité des soins

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

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

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 d'accueil des malades et blessés en urgence prévu à l'article du présent règlement (Plan Blanc).

Art.40.2 - La permanence des soins

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés ou, le cas échéant admis en urgence. Le directeur de l'établissement arrête les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde. Ces tableaux sont transmis en prévisionnel avant le 20 du mois précédent le mois concerné, par le responsable de la structure interne au pôle d'activité.

Art.41 – La visite médicale quotidienne

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

SECTION 5 – L'organisation en pôles d'activité

Art.42 – L'organisation de l'établissement en pôles d'activité

Art. L.6146-1 du CSP

L'établissement est organisé en neuf pôles d'activités cliniques et médico-techniques :

- Pôle médecine de court séjour
- Pôle santé publique
- Pôle soins critiques
- Pôle chirurgie
- Pôle mère enfant
- Pôle médecine et réadaptation
- Pôle médico-technique
- Pôle psychiatrie
- Pôle gériatrie.

Art.43 – La nomination et missions des chefs de pôle d'activité

Nomination

Le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique est nommé conjointement par le directeur et la présidence de CME.

La durée du mandat est fixée par décret à quatre années renouvelables.

Peuvent exercer ces fonctions les praticiens hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie, pharmacie, les praticiens contractuels, les praticiens contractuels associés.

À sa demande ou dans l'intérêt du service, il peut être mis fin aux fonctions d'un chef de pôle, après avis du président de CME.

Missions et fonction

Afin de mettre en œuvre la politique de l'établissement et d'atteindre les objectifs fixés au pôle, le chef de pôle organise avec son équipe le fonctionnement du pôle.

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

Il assure la concertation interne au sein du pôle.

Il est membre de la CME. Cependant, la fonction de chef de pôle est incompatible avec celle de président de la CME. Il n'y a aucune incompatibilité entre la fonction de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique et la présence au conseil de surveillance au titre de représentant élu du personnel.

Il peut bénéficier d'une délégation de signature dans des domaines précis.

Il est assisté, selon les activités du pôle, par un cadre paramédical de pôle (cadre supérieur de santé ou sage-femme cadre supérieur) et par un cadre administratif dont il propose la nomination au directeur de l'établissement, et, pour le cadre supérieur de santé, après avis du coordonnateur général des soins, ou à défaut du directeur des soins. Il est également secondé par un directeur référent.

Il élabore avec le conseil de pôle, dont il est le président, un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Le chef de pôle est le coordonnateur, animateur et régulateur du pôle. Il bénéficie d'une formation et reçoit une indemnité de fonction.

Art.44 - Le chef de service

Art. L.6146-1-1 du CSP

Les chefs de service sont nommés pour une durée de quatre ans, après avis du chef de pôle et par décision conjointe du Directeur et de la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME).

Le chef de service veille au bon fonctionnement du service et assure la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. Le service constitue l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Le chef de service hospitalier est responsable des soins prodigués aux patients de son service, qu'il supervise par ailleurs. De même, il doit aussi décider des transferts des patients au sein des services en fonction de leur état de santé et autorise, s'il le juge possible ou nécessaire, la sortie des patients, ou bien leur orientation vers un centre de rééducation ou de convalescence.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable de structure interne ou d'unité fonctionnelle par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Cette décision peut, le cas échéant, intervenir sur proposition du chef de pôle. Saisi d'une proposition en ce sens, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement disposent d'un délai de trente jours pour prendre leur décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Le temps consacré aux fonctions de chef de service est valorisé et comptabilisé dans les obligations de service des praticiens. A sa demande, le chef de service peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la suite de son activité ou de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

Art.45 - Le responsable de structure interne

Les structures internes de prise en charge du patient par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent notamment être constituées par les unités fonctionnelles.

Les responsables d'unités fonctionnelles sont nommés pour une durée de quatre ans, par décision conjointe du Directeur délégué et de la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement, sur proposition du chef de service, après avis favorable du chef de pôle.

Le responsable d'unité fonctionnelle a la responsabilité d'organiser la prise en charge des malades de l'unité avec l'encadrement soignant ou médico-technique. Il veille à la déclinaison du projet médical. Il est avec le cadre de santé, garant de la qualité et de la sécurité des soins par son rôle de responsable médical de l'équipe membre de l'unité.

Section 6 – La gestion de crise

Art.46 – Le Plan blanc

Art. L.3131-7 et R.3131-4 du CSP

Le Centre Hospitalier de Montluçon Nérès-les-Bains 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 de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc peut être déclenché par le directeur, qui en informe sans délai le préfet de département, ou à la demande de ce dernier. Le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année.

Dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, dénommé plan blanc élargi, si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le préfet de département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement de santé ou établissement médico-social.

En cas d'afflux massif de patients et si un patient ne peut être identifié immédiatement, l'admission peut se faire à titre provisoire et de manière anonyme, en utilisant un numéro provisoire.

L'identité des personnes admises dans le cadre d'un plan d'afflux massif de patients peut être transmise à la préfecture et au Procureur de la République.

En cas de SSE NRC (Situation Sanitaire Exceptionnelle dans un contexte Nucléaire, Radiologique ou Chimique), l'établissement dispose d'une chaîne de décontamination opérationnelle dans les locaux des anciennes Urgences. Un document reprenant toutes les étapes du plan de gestion SSE volet ORSAN NRC est à disposition sur l'INTRANET « Documents administratifs/Plan Blanc/Volet ORSAN NRC » ainsi que dans la GED.

SECTION 7 - Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène

Sous-section 1. Nature et opposabilité des règles de sécurité

Art.47 – La nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'établissement, en fonction des circonstances locales. En tant que responsable de la conduite générale de l'établissement, 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 principes généraux du droit et des règlements.

Le directeur veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'établissement, au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'établissement et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Art.48 – L'opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'établissement assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

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

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein de l'hôpital leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est transmis à cet effet. Les organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur de l'hôpital les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Sous-section 2. Les règles d'accès au CHMN

Art.49 – L'accès au Centre Hospitalier – Règles générales

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

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

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

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques encourus et des responsabilités éventuelles.

Art.50 – Les dispositions spécifiques relatives à l'accès au CHMN

➤ L'ACCES DES ASSOCIATIONS CONVENTIONNEES ET DES BENEVOLES AGISSANT POUR LE COMPTE DES ASSOCIATIONS

Le Centre Hospitalier facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à 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 doivent veiller, d'une part, à ce que leurs activités au sein du CHMN ne portent pas atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier et, d'autre part, au respect, par leurs bénévoles et/ou salariés, des règlements en vigueur au CHMN.

Une association qui fait du prosélytisme religieux ou commercial ou porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier par son action ou par celle de l'un ou de plusieurs de ses membres pourra se voir refuser l'accès au CHMN, et le CHMN pourra mettre fin à la collaboration avec une association ne respectant pas les règlements en vigueur au CH, et/ou les dispositions juridiques applicables en vigueur.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein de l'établissement doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec l'établissement une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

Elles doivent fournir au directeur de l'établissement une liste nominative des personnes qui interviendront au sein 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 se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

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

➤ L'ACCES AUX STAGIAIRES EXTERIEURS

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels doivent faire l'objet d'une convention entre le CH et l'organisme dont dépend le stagiaire. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Le stagiaire qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès du CH.

➤ L'ACCES DES PROFESSIONNELS DE LA PRESSE

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production et des artistes est conditionné à une autorisation écrite de la Direction Générale, selon la portée du sujet, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée. L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier.

Pour les mineurs, l'accord du représentant légal est nécessaire.

Pour les majeurs protégés, l'accord du tuteur est nécessaire, avec l'autorisation du juge au besoin s'il y a une atteinte grave à l'intimité de la personne.

Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient.

Les paroles et images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. Le CHMN ne saurait en aucune manière être appelé en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

➤ L'ACCES DES PRESTATAIRES EXTERIEURS

La question des accès des prestataires extérieurs doit être prévue en amont de leur intervention et dès la rédaction du cahier des charges du marché. Les conditions d'accès à leur lieu d'intervention doivent être précisées de façon adaptée à leur champ d'activité et suivies par le responsable du marché ou de la direction impliquée.

Aucun prestataire ne peut se voir confier tout moyen d'accès sans aucun contrôle préalable. Une organisation adaptée garantissant le respect des règles du CHMN tout en permettant au prestataire de réaliser ses missions doit être mise en place. Les référents CHMN de chaque prestataire sont garants du respect des règles et usages de chaque employé du prestataire. Ils auront la responsabilité de tous les moyens et outils mis à la disposition du prestataire.

Le prestataire extérieur qui porte atteinte au bon fonctionnement du service public hospitalier, aux impératifs de neutralité et de laïcité du service public hospitalier, ou qui refuserait de respecter les règles sanitaires en vigueur pourra se voir refuser l'accès du CHMN.

➤ L'ACCES DES VISITEURS MEDICAUX ET DES PERSONNES EXERÇANT DES METIERS DE PROMOTION DES PRODUITS DE SANTE.

Les agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne sont pas autorisés à rencontrer les professionnels dans les zones de soins et de consultations ainsi que les étudiants au sein du CHMN.

Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales dans le cadre de protocoles de recherche ou lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire, par exemple

dans le cas d'une formation sur des appareils ou des équipements spécifiques. L'accès de ces agents commerciaux et des visiteurs médicaux s'effectue uniquement dans le cadre de visites collectives ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre le CH et l'employeur de la personne concernée.

Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par le CHMN et être identifiables. En cas de non-respect de ces dispositions, le Directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au CHMN du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

➤ L'INTERDICTION D'ACCES A TOUTE PERSONNE NON AUTORISEE

L'accès au sein du CHMN 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 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. De plus, toute personne non autorisée, dès lors qu'elle n'a pas le statut de patient, usager du service public hospitalier ou de visiteur, ne peut s'introduire dans les services du CH sans avoir au préalable sollicité l'autorisation du Directeur ou de son représentant.

Sous-section 3 : Les règles de sécurité de fonctionnement

Les personnels de l'hôpital sont tenus d'observer strictement les règles de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Art.51 - La Sécurité Incendie

Le CHMN est assujéti au règlement de sécurité générale contre les risques d'incendie et de panique relatif aux établissements recevant du public et aux immeubles de grande hauteur ainsi qu'aux dispositions spécifiques relatives aux établissements de santé.

L'ensemble du personnel hospitalier est concerné par la sécurité incendie et doit œuvrer dans l'exercice de ses fonctions pour prévenir tout risque d'incendie.

Les sites du CHMN sont dotés d'une détection incendie. Dans chaque service, un report d'alarme restreinte est installé. Le personnel dispose de consignes à tenir en cas d'alarme incendie, le cas échéant toute personne présente au sein de l'établissement doit obéir aux injonctions des personnels habilités. Les plans d'évacuation et les consignes à tenir en cas d'incendie sont affichés dans les couloirs des services, il est strictement recommandé d'en prendre connaissance et de les appliquer.

Le personnel hospitalier doit veiller en permanence à la vacuité des circulations et des issues de secours en évitant tout encombrement de matériel. Il est notamment interdit de maintenir en position ouverte les portes coupe-feu équipées de ferme porte. Le personnel doit veiller également à limiter le potentiel calorifique dans les locaux en évacuant régulièrement les cartons, les emballages, et matériels inutilisés.

Les formations incendie assurées par l'équipe de sécurité incendie auprès du personnel sont obligatoires. L'ensemble des personnels du CH est tenu de participer aux exercices pratiques de sécurité incendie qui sont organisés dans l'établissement.

Les plans d'établissement répertoriés des principaux sites hospitaliers sont mis à jour régulièrement en concertation avec les services d'incendie et de secours.

Art.52 – Le registre de sécurité anti-incendie

Le CHMN est assujéti aux règles de sécurité anti-incendie applicables à tous les établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, etc.) doivent, en outre, être conformes aux dispositions du Code de l'environnement et de celles relatives aux immeubles de grande hauteur et aux habitations.

Le CHMN doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

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

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

Art.53 - La Sécurité Technique

La sécurité technique comprend, sur les différents sites, la surveillance, le suivi et le contrôle des alarmes techniques, la disponibilité permanente des groupes électrogènes, de la distribution électrique et des fluides médicaux. La continuité du service électrique vise notamment à assurer le secours de l'ensemble des blocs opératoires et des appareils de maintenance et de suppléance en fonctionnement dans les services de soins du CHMN. Les prises de secours, repérables à leur partie rouge, sont exclusivement affectées à cet effet et ne sauraient en aucun cas être débranchées et utilisées à d'autres fins.

Le Directeur organise l'astreinte technique afin de faire face, en permanence, aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital. Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent ces gardes.

Art.54 - La Sécurité Informatique et la protection des données

L'établissement assure la sécurité du recueil, du traitement, de la conservation et de la transmission des données informatiques concernant ses usagers et agents, dans le respect de leurs droits et libertés, ainsi que des lois et règlements en vigueur (RGPD, CNIL...). L'établissement a nommé un délégué à la protection des données (DPO) qui agit en relais du DPO du GHT (cf article 26-1 du présent règlement).

Le CHMN est doté d'une politique sécurité en matière informatique. Celle-ci prévoit l'application d'une Charte d'utilisateur du système d'information de l'hôpital dans le but :

- d'assurer à chaque utilisateur un accès optimal au système d'information en termes de fonctionnalités et de performance,
- de garantir le respect de la réglementation et de l'éthique
- d'être conforme à la politique de sécurité du système d'information.

Les utilisateurs sont tenus de respecter les matériels, les logiciels et les locaux mis à leur disposition pour utiliser les ressources informatiques et d'en faire un usage strictement professionnel.

L'établissement signale sans délai à l'Agence Régionale de Santé les incidents graves de sécurité des systèmes d'information. Les incidents de sécurité jugés significatifs sont, en outre, transmis sans délai à l'Agence Régionale de Santé et à l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) .

Le CHMN est doté d'un Plan Blanc Numérique annexé au Plan blanc de l'établissement.

L'établissement procède au moins une fois par an à un exercice de cyber sécurité.

La politique de sécurité informatique de l'établissement est conforme à celle du GHT « Territoires d'auvergne » et aux règles définies par le responsable de la sécurité informatique du GHT.

Le CHMN dispose d'un Comité Local de Sécurité Informatique qui se réunit au moins une fois tous les deux mois.

Art.55 - L'interdiction de dissimulation du visage

LOI n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public

Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage. L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public. Par conséquent sont interdites à toute personne présente sur les sites du CHMN, les tenues destinées à dissimuler son visage (cagoule, voile, masque, casque...) et à rendre impossible son identification. Cette mesure participe à la prévention des risques liés à l'identité-vigilance.

L'interdiction ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires ou si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels.

L'accès à l'établissement peut être refusé à toute personne dont le visage est dissimulé, sauf dans les situations particulières d'urgence médicale.

Les agents de l'établissement invitent les personnes concernées à découvrir leur visage. En cas de refus, il sera fait appel immédiatement aux forces de l'ordre, et un signalement pourra être effectué auprès des autorités judiciaires.

Art.56 – Les personnels de sécurité incendie et de protection des biens et des personnes

Article 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril)

Article 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant)

Articles 122-5 et 122-6 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité)

Tous les personnels assurant la sécurité générale, exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application.

Ils interviennent en matière de sureté et d'incident grave en attente de l'intervention des forces de police.

Ils ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande du Directeur Délégué (ou de son représentant) ou des personnels responsables de ces services.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. Ils peuvent retenir aux issues 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 ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire, ni à des investigations ou à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

De manière générale, les personnels de sécurité sont amenés à intervenir aux fins :

- de ramener un patient dans le service, qui présente un danger vital pour lui-même ou autrui,
- d'aider le personnel soignant à maintenir le patient, qui présente un danger vital pour lui-même ou autrui, nécessitant une contention
- d'apporter concours et assistance à toute personne en danger.

Le CH de Montluçon – Nérís-les-Bains veille à signaler aux autorités compétentes toute menaces physiques ou verbales, de même que les agressions à l'encontre de ses patients, usagers et professionnels de santé.

Art.57 – La sécurité et la protection des personnels

Art. 11 Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Code pénal

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

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís les Bains assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des personnels 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 l'établissement.

Les peines encourues en cas d'agression d'un professionnel de santé sont les suivantes :

Violences verbales :

Outrage	7 500 € d'amende	Art 433-5 du Code pénal
Menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens	2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende	Art 433-3 du Code pénal
Menace de mort ou menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Art 433-3 du Code pénal

Violences physiques :

Violences volontaires avec ITT inférieure ou égale à 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	Art 222-13 du Code pénal
Violences volontaires avec ITT supérieure à 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Art 222-11 du Code pénal
Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité	15 ans de réclusion criminelle	Art 222-10 du Code pénal
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion criminelle	Art 222-8 du Code pénal

Art.58 - La Sécurité des Biens

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, les matériels, les effets et les objets de toute nature mis à disposition par le CHMN.

Les personnels sont également invités à maintenir fermés les locaux pour lesquels il est prévu une clé.

Toute dégradation volontaire ou incurie caractérisée peut entraîner le remboursement par l'agent des dégâts causés.

Chaque membre du personnel est responsable de ses effets personnels. Tout vol, toute perte, toute dégradation de valeurs, d'objets divers, d'argent ne peut entraîner la mise en cause de la responsabilité de l'établissement.

Les dégradations volontaires feront l'objet de poursuites systématiques par le CHMN, en lien avec les autorités compétentes.



Art.59 – Les matériels de sécurité générale

Loi n°95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité

Décret n°96-926 du 17 octobre 1996 relatif à la vidéosurveillance pris pour l'application des articles 10 et 10-1 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité

Arrêté ministériel du 3 août 2017 portant définition des normes techniques des systèmes de vidéosurveillance

Un système de vidéo protection a été installé sur différents sites de l'hôpital.

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, 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.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret professionnel, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

Il doit être conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et faire l'objet d'une déclaration à la Préfecture.

Seules les personnes habilitées dans le cadre de leurs fonctions peuvent visionner les images enregistrées. Les personnes concernées (personnels et visiteurs) sont informées, au moyen d'un panneau affiché de façon visible dans les locaux sous vidéosurveillance de l'existence du dispositif, du nom du responsable et de la procédure à suivre pour demander l'accès aux enregistrements visuels les concernant.

Pour toute demande relative au droit d'accès aux images, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données (DPO) cf article 26-1 du présent règlement.

Art.60 – Les atteintes au bon fonctionnement de l'établissement

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 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.

Art.61 – Le calme et la tranquillité au sein de l'établissement

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'établissement, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement. En cas de refus, il est reconduit à l'extérieur du site par l'agent de sécurité. Il pourra être fait appel aux forces de l'ordre en cas de nécessité.

Art.62 – Les objets et produits interdits

Instruction n° 2011-139 du 13 avril 2011 relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé ;

Circulaire du 31 mai 1928 relative à la fouille des malades et au dépôt des objets dangereux.

➤ DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A L'ALCOOL, AUX STUPEFIANTS, ET SUBSTANCES DANGEREUSES /ILLICITES

Il est interdit d'introduire, de distribuer ou de consommer des boissons alcoolisées dans les locaux du CHMN. En outre, il n'est en aucun cas autorisé de pénétrer ou de demeurer dans l'établissement en état d'ivresse.

De manière générale, l'introduction d'alcool, d'armes, d'explosifs, de produits incendiaires, toxiques, dangereux ou tout autre produit stupéfiant est strictement interdite au sein du CHMN.

L'introduction, la consommation, l'acquisition ou la cession de produits stupéfiants est strictement interdite dans l'enceinte de l'établissement.

En cas de découverte de produits stupéfiants, les agents procéderont à leur saisie et une fiche d'évènement indésirable sera dressée. La substance sera placée dans une enveloppe étiquetée et sera déposée dans un coffre dédié. Les objets et produits prohibés par les lois ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé, sans indication du nom du patient. La direction de l'établissement est prévenue.

➤ INTERDICTION DE CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE STUPEFIANTS POUR LES PROFESSIONNELS DU CHMN

Il est strictement interdit pour les professionnels de consommer de l'alcool, stupéfiants, sur son poste de travail. En cas de non-respect de ces dispositions, l'agent s'expose à des sanctions disciplinaires (se reporter à la partie du RI relative aux professionnels).

En cas de suspicion d'état d'ébriété, ainsi que pour les personnels affectés sur des postes à risques, il peut être fait recours à l'alcootest. En cas de résultat positif, l'agent est immédiatement retiré de son poste de travail. En cas de suspicion de consommation de stupéfiants, il sera fait usage des mêmes dispositions que celles précitées.

➤ DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ARMES

La circulaire du 31 mai 1928 a fixé des principes généraux, précisant que les armes et objets dits « dangereux » ne doivent pas être laissés en possession des personnes hospitalisées.

Il est important de rappeler dans ce contexte que les fouilles ne sont pas autorisées. De fait, stricto sensu, les soignants ne sont pas habilités à ouvrir les valises, sacs, sacs à main ou portefeuilles... sans l'accord de l'intéressé. Toutefois, des mesures de contrôle adaptées et proportionnées, légitimées par les pouvoirs de police générale du Directeur de l'hôpital peuvent être mises en place en vue de garantir la sécurité des personnes. Un inventaire des effets personnels peut ainsi avoir lieu avec l'assentiment du patient.

La découverte d'une arme induit sa saisie administrative. Dans ce cas, par analogie avec les termes de l'instruction de 2011 présentant la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé, il est souhaitable que les armes soient confiées dans les plus brefs délais aux autorités de police ou de gendarmerie territorialement compétentes. Si le patient est détenteur d'un permis de port d'arme, il sera invité à récupérer son arme après sa sortie au commissariat ou à la gendarmerie.

Art.63 – L'interdiction de fumer – Hôpital sans tabac

Décret n°2006-1386 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif;
Décret n° 23017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif ;
Note d'information DG/PB/CB NI n°2024-015 du 8 janvier 2024.

Il est interdit de fumer dans tous les lieux de l'établissement fermés et couverts, y compris l'usage de la cigarette électronique (vapotage). Cette interdiction concerne au même titre les locaux d'accueil et de réception, les locaux affectés à la restauration collective, les véhicules de l'Etablissement, les salles de réunion et de formation, les salles et espaces de repos, les locaux réservés aux loisirs, à la culture et au sport et tous les locaux médicaux et sanitaires, y compris les chambres.

Une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de fumer, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants, leurs proches, les personnels et dans les locaux ouverts aux abords des bâtiments.

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains a signé la charte « Hôpital sans tabac » (annexe III).

Art.64 – Les rapports avec l'autorité judiciaire

Article 40 du code de procédure pénale

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

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

Art.65 – Les rapports avec les autorités de police

Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique

Seul le directeur de l'établissement a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Les relations Hôpital, Police, Justice font l'objet d'une convention revue régulièrement. Cette convention fixe les modalités d'un partenariat actif entre le Procureur de la République près le tribunal judiciaire de Montluçon, le commissaire divisionnaire chef de la circonscription de Montluçon, le sous-préfet de Montluçon et le Directeur du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès-les-Bains, afin de concourir à la sécurité des usagers, des agents hospitaliers et des biens du Centre Hospitalier.

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

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'établissement doit être systématiquement informé par les autorités de police, des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient...). Il veille à ce que soient pris en considération, les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret médical.

Art.66 - Les témoignages en justice des professionnels du CHMN

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de Police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le Directeur ou son représentant et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

Art.67 – Les circonstances exceptionnelles

Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique

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.

La Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et des conditions de travail en est informée 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'établissement à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site de l'établissement.

En cas de péril grave et imminent pour l'établissement, pour le personnel ou pour un ou plusieurs des 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'établissement, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Art.68 - Le Plan Vigipirate

Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique

Le Directeur est responsable de la déclinaison au sein de l'établissement de la posture Vigipirate. Il l'exécute par voie de prescriptions générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service hospitalier, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements.

Ces mesures sont destinées à développer une culture de la sécurité, déployer un système de niveaux qui renforce la capacité de réponse du CH en application du volet santé du plan Vigipirate et à mettre en oeuvre des mesures renforçant l'action gouvernementale dans la lutte contre le terrorisme et la radicalisation.

Les mesures particulières sont conformes à l'actualisation semestrielle de la posture Vigipirate déclinée en trois niveaux. Ces mesures sont applicables à toutes personnes présentes sur les sites du CH et font l'objet d'une nomenclature spécifique.

Art.69 – La recherche de la maîtrise des risques

Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant l'établissement.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité et du fonctionnement de l'établissement, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables d'unités de soins et des instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

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

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant, qui informe la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (F3SCT).

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

Sous-section 4 : La circulation et le stationnement automobiles

Art.70 – La voirie hospitalière

Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique
Code de la Route

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leur fonction.

Les voies de desserte et les aires de stationnement situées dans l'enceinte des divers établissements constituent des installations affectées au service public hospitalier : elles présentent le caractère de dépendances du domaine public du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís-les-Bains.

Elles sont interdites à toute autre personne, sauf autorisation spéciale délivrée par le directeur.

Les dispositions du Code de la Route sont rendues applicables dans le but de préserver le bon fonctionnement du service public hospitalier ainsi que la sécurité des personnes et des biens.

Ces mesures concernent l'ensemble des aires situées dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís-les-Bains et sur les sites extérieurs.

Le stationnement est interdit en dehors des emplacements matérialisés. La circulation et le stationnement ne sauraient en rien engager la responsabilité du CH de Montluçon – Nérís les Bains. Le Directeur se réserve le droit de faire appel aux forces de police, ou à la fourrière, ou de faire déplacer les véhicules dont le stationnement entraverait la circulation, mettrait en péril la sécurité des biens ou des personnes ou, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

En matière de stationnement, le Directeur Délégué 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.

Art.71 – Les règles de circulation

Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique
Code de la Route

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 réglemente 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 et caravanes).

Sauf pour les véhicules d'urgence, la vitesse maximale de circulation est fixée à 15 km à l'heure. Chaque utilisateur se conforme aux indications de signalisation mises en place.

Art.72 – La signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises en application du présent règlement 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 de l'établissement, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de l'établissement, notamment en cas de vols ou dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peut entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut, s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier, 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.

Toute infraction est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de son auteur.

Sous-section 5 : L'hygiène

Les règles d'hygiène ont pour objectif de préserver et d'améliorer la santé des usagers, avec une attention particulière à l'ensemble des mesures et des pratiques collectives et individuelles visant notamment à assurer la propreté microbiologique des locaux et des matériels de soins, à éviter les infections nosocomiales et à garantir des soins de qualité.

Art.73 - L'hygiène à l'hôpital

Les règles d'hygiène à l'hôpital s'imposent à l'ensemble du personnel. L'hygiène couvre des domaines très variés : hygiène corporelle (et particulièrement des mains), hygiène de l'environnement (nettoyage des locaux, gestion du linge, de l'air, de l'eau, des déchets, réduction du bruit...), hygiène alimentaire, hygiène vestimentaire, hygiène mentale (bien-être, gestion du stress...), hygiène de vie (sommeil, activités physiques, ne pas fumer, éviter les boissons alcoolisées...)...

L'hygiène hospitalière est une démarche pluridisciplinaire (personnel médical, paramédical, médico-technique, logistique et technique...) qui concerne tous les services et toutes les personnes (personnel hospitalier, patients, visiteurs).

Art.74 - Les règles d'hygiène

Le CH met en place une organisation efficiente (Comité de lutte contre les infections nosocomiales – CLIN, équipe opérationnelle d'hygiène, médecins et infirmières hygiénistes, correspondants d'hygiène...) des formations du personnel et une information du patient pour assurer une bonne hygiène hospitalière.

Le personnel doit se conformer aux procédures et protocoles existants, validés par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et disponibles en ligne sur le site intranet du CH dans la base de gestion documentaire. Il s'agit notamment des règles applicables à l'hygiène des mains, à l'entretien des locaux, du matériel médico-chirurgical, des endoscopes, du linge, à la gestion des déchets...

CHAPITRE II - Dispositions relatives aux consultations, à l'admission, au séjour et à la sortie du patient

- Section 1** : Accueil, consultation et admission des patients
- Section 2** : Accueil et admission en urgence
- Section 3** : Dispositions particulières à certains patients
- Section 4** : Droits des patients
- Section 5** : Conditions de séjour du patient au Centre Hospitalier
- Section 6** : Sortie des patients
- Section 7** : Frais de séjour
- Section 8** : Dispositions relatives aux naissances et aux décès

SECTION 1 - Accueil, consultation et admission des patients

Art.75 – Le principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel de l'établissement.

Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement de l'établissement.

Art.76 – L'accès aux soins des personnes démunies (PASS)

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

L'établissement a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé 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.

Sous-section 1 : Accueil et admission

Art.77 - L'accueil des patients

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

Le personnel de l'établissement est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, il leur donne ainsi qu'à leurs accompagnants tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

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

Art.78 – Le livret d'accueil

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein de l'établissement un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du Centre Hospitalier. La Charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret ainsi qu'un questionnaire de satisfaction où le patient peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il dépose 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 de l'établissement.

Art.79 – La compétence du directeur d'établissement en matière d'admission

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

Art.80 - Les pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient et sous réserve des dispositions des articles 76 (accès aux soins des personnes démunies) et 111 (secret de la grossesse ou de la naissance) du présent règlement, 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.

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

- Sa carte Vitale ou son attestation de carte Vitale, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie, carte européenne de soins pour les patients de l'espace Schengen,

- Un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...). Sont privilégiés les titres à haut niveau de confiance (CNI françaises ou étrangères, passeport).
- Un document attestant, le cas échéant, qu'un organisme tiers-payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur ;
- Un document attestant, le cas échéant, que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'État.

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.

Art.81 – L'admission sous identité protégée

Si le patient le souhaite, il peut demander au bureau des entrées et aux professionnels de santé du service où il est admis, que son identité et / ou sa présence ne soit pas révélée pendant son séjour dans l'établissement vis à vis des tiers. Il est alors admis sous identité protégée. Ceci implique de ne pas indiquer les coordonnées relatives à la localisation du patient dans une chambre de l'hôpital. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement sur réquisition des services judiciaires. Cette disposition ne s'applique pas aux mineurs soumis à l'autorité parentale, aux militaires et aux détenus. Les mineurs peuvent cependant être admis ou placés sous identité protégée par décision judiciaire. Dans cette hypothèse, le dossier d'admission du patient est normalement constitué mais une mention relative à cette demande est inscrite dans celui-ci.

Art.82 – L'admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'une lettre précisant des éléments médicaux attestant la nécessité du traitement hospitalier. Cette lettre peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection ; elle doit être accompagnée de tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

Art.83 – L'admission programmée

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

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité dès la consultation à se rendre au bureau des entrées de l'établissement où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

Art.84 - Le transfert d'un patient vers un autre établissement

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires

pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

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

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement. Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

Sous-section 2 : Consultations

Art.85 – Les consultations externes

Des consultations médicales sont organisées au sein du Centre Hospitalier pour les patients externes. La liste et la localisation de ces consultations sont indiquées à l'entrée de l'établissement.

Le directeur de l'établissement établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôle d'activités concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein de l'établissement veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations.

Art.86 – Les tarifs des consultations externes

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

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers-payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie ; cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers, ils doivent payer le ticket modérateur, sauf s'ils sont adhérents d'une mutuelle ayant conclu une convention de tiers-payant avec l'établissement.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé, visée à l'article 76 (accès aux soins des personnes démunies) du présent règlement, ou vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

Art.87 – La consultation de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD)

Afin d'assurer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage, le diagnostic ainsi que l'accompagnement des patients dans la recherche de soins appropriés des infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatites ...), le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) propose, au sein de l'établissement, à toute personne qui se présente, une consultation médicale

d'information et de conseil, éventuellement les tests sérologiques de dépistage et une consultation de remise des résultats. Ce centre assure également une mission de consultation de santé sexuelle et des vaccinations préventives (HPV, hépatites, monkeypox ...).

Art.88 – La protection maternelle et infantile

L'établissement gère des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile. Ces activités qui participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile comprennent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention en faveur des femmes enceintes ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

Art.89 – Les consultations hospitalières d'addictologie

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes d'addictions et de développer une politique de prévention, une consultation hospitalière d'addictologie est implantée au sein de l'établissement.

Sous-section 3. Alternatives à l'hospitalisation

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et les structures dites d'hospitalisation à domicile.

Les prestations dispensées par ces structures se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles doivent être adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Art.90 – Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit

Ces structures permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Art.91 – Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires

Ces structures permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur interventionnel.

Art.92 – L'hospitalisation à domicile

Le service d'hospitalisation à domicile de l'établissement permet d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Le service d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique déterminée.

L'admission d'un patient au sein du service d'hospitalisation à domicile et sa sortie sont prononcées par le directeur, après avis d'un médecin coordonnateur chargé de son fonctionnement médical. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité d'accueil du service.

Le service d'hospitalisation à domicile (HAD) de l'établissement dispose de son propre règlement intérieur.

Art.93 – La télémédecine

L'établissement peut avoir recours à la télémédecine, forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il peut s'agir de téléconsultations, de télésurveillance ou bien encore de télé-expertises.

Sous-section 4. Activité libérale des médecins au sein de l'établissement

Art.94 – Les principes d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'établissement 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 médico-techniques.

La loi permet également :

- le recrutement par l'établissement de médecins, de sages-femmes, d'odontologues libéraux ;
- le recrutement d'auxiliaires médicaux libéraux pour l'établissement délivrant des soins à domicile.

Ces professionnels sont recrutés sur contrat. Ce contrat est soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS.

La rémunération est effectuée par l'établissement, sur honoraires secteur 1.

Ces professionnels libéraux assurent des missions de soins au bénéfice de patients au sein de l'établissement. Ils participent aux missions de service public de l'établissement.

Art.95 – Le service public hospitalier et l'activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein de l'établissement.

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

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

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

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

SECTION 2 - Accueil et admission en urgence

Art.96 – L'accueil et l'admission en urgence

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

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

Art.97 – L'information des familles des patients hospitalisés en urgence

Quelle que soit le mode d'arrivée du patient, toutes les mesures utiles doivent être prises pour que la famille soit prévenue de l'hospitalisation par l'établissement. Que le patient ait été conduit au sein de l'établissement par le SMUR, les pompiers ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation, conformément aux dispositions de l'article 113 (le secret au centre hospitalier) du présent règlement.

En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions des articles 196 (attitude à suivre à l'approche du décès) et 197 (annonce du décès) du présent règlement.

Art.98 – L'inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux Urgences, puis est signé sans délai par un personnel de l'établissement habilité à le faire et par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin. L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient.

Conformément aux dispositions de l'article 159 (dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur) du présent règlement, les objets détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís les Bains est responsable de plein droit, sans limitation de montant, de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par le Code de la santé publique. Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile. Les objets conservés seront soumis aux règles énoncées à l'article 159 (dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur) du présent règlement.

Art.99 – Les patients amenés par les forces de l'ordre

PATIENT AMENE PAR LES FORCES DE L'ORDRE – DISPOSITIONS GENERALES

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de police ou de gendarmerie et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe à l'établissement de faire connaître aux dites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces dites autorités, conformément aux dispositions de l'article 97 (information des familles des patients hospitalisés en urgence) du présent règlement.

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

PATIENT AMENE PAR LES FORCES DE L'ORDRE EN ETAT D'IVRESSE

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent à l'établissement, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état.

En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée à l'établissement. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue à l'article 142 (refus de soins) du

présent règlement et le directeur doit, au cas où la personne, en état d'alcoolémie, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités.

SECTION 3 - Dispositions particulières à certains patients

Sous-section 1. Dispositions relatives aux mineurs

Art.100 – La garde et protection des mineurs

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

Art.101 – La scolarisation

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. En outre, l'établissement s'efforce de favoriser la scolarité des mineurs, notamment en collaboration avec les associations et organismes spécialisés.

Art.102 – Les consultations pour les mineurs étrangers isolés

Le mineur étranger doit pouvoir avoir accès aux soins, même non urgents, sans condition de durée de séjour.

Les mineurs isolés étrangers qui relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont affiliés à la sécurité sociale et bénéficient de la CMU. En cas d'admission d'un mineur étranger isolé, le CH doit signaler sa situation au Conseil départemental qui appréciera la situation : âge réel du mineur, situation d'isolement et/ou danger du mineur.

Art.103 – L'admission des mineurs

Le Centre Hospitalier disposant d'un service de pédiatrie, l'établissement est habilité à recevoir des enfants de moins de 16 ans.

Les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les unités d'adultes, dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir.

Des dérogations peuvent néanmoins être autorisées par le Directeur ou son représentant, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans, notamment en cas de prises en charge spécialisées non pédiatriques, ou en cas de circonstances exceptionnelles (absence de places en unité pédiatrique ...).

Sauf circonstances particulières, un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte.

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. La procédure est alors régie par les principes énoncés à l'article 143 (consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs) du présent règlement.

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables des structures médicales concernées, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur hospitalisation. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas gêner la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, dès lors que leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins.

S'ils ne peuvent demeurer auprès du mineur pendant son hospitalisation, les parents ou toute personne expressément autorisée doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

CADRE GENERAL DE L'ADMISSION DU PATIENT MINEUR

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

Le CH n'a besoin de recueillir que l'autorisation d'un seul des deux parents. Il est présumé de bonne foi lorsqu'il est en droit de penser que celui des deux parents qui prend la décision d'hospitalisation vis-à-vis d'un enfant le fait en accord avec l'autre parent. Lorsqu'il existe un désaccord entre les parents sur la décision d'hospitalisation et hors le cas d'urgence imposant l'intervention pour sauvegarder la santé du mineur, l'établissement de santé ne peut admettre l'enfant et il revient aux parents de saisir le juge des enfants ou le juge aux affaires familiales.

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

CADRE SPECIFIQUE DE L'ADMISSION DU PATIENT MINEUR SANS L'ACCORD DE L'AUTORITE PARENTALE

Dans certaines circonstances, l'admission du mineur peut être prononcée sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur peut décider seul :

- s'il est émancipé et qu'il possède la capacité d'exercice de ses droits ;
- lorsque ses liens familiaux sont rompus et qu'il bénéficie à ce titre de la CMU à titre personnel ;
- en cas d'urgence des soins : dans ce cas, les formalités d'admission passent après l'obligation de soins, sous réserve de régulariser la situation le plus rapidement possible ;
- lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et lorsque celui-ci s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale et souhaite garder le secret sur son état de santé ;
- lorsqu'il souhaite subir une IVG.

CADRE SPECIFIQUE DE L'ADMISSION DU PATIENT MINEUR RELEVANT DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (ASE)

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale.

Toutefois, lorsqu'aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

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

SPECIFICITE DE L'ADMISSION DE LA PATIENTE MINEURE ENCEINTE

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.

Lorsqu'une femme enceinte mineure demande le bénéfice du secret de l'admission, le Directeur ou son représentant, en liaison avec le service social du site, signale la situation au Parquet qui apprécie la nécessité ou non de saisir le Juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme ou l'enfant.

SPECIFICITE DE L'ADMISSION DE LA PATIENTE MINEURE POUR UNE IVG

Se reporter à l'article du Règlement Intérieur relatif à l'admission pour IVG - Cas de la mineure admise pour une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Art.104 – Les mineurs présentés en urgence

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par le Centre Hospitalier, conformément à l'article 97 (information des familles des patients hospitalisés en urgence) du présent règlement.

Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, le mineur ne peut quitter l'établissement que selon la procédure prévue à l'article 105 (autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation) du présent règlement.

Dans tous les cas d'urgence, même si les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Art.105 – Les autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation, conformément aux dispositions de l'article 163 (autorisations de sortie) du présent règlement.

Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, mère ou tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la direction du Centre Hospitalier si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Une traçabilité doit être notifiée dans le dossier.

Art.106 – L'information des mineurs et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information conformément aux dispositions des articles 107 (soins confidentiels à la demande des mineurs) et 109 (mineurs en situation de rupture familiale) du présent règlement, sous réserve des dispositions des articles 127 (information du patient) et 140 (consentement aux soins : dispositions générales) du présent règlement sur le droit à la confidentialité des soins.

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

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

Art.107 – Les soins confidentiels à la demande des mineurs

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Art.108 – La sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du Centre Hospitalier si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit lui être confié ou être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée par écrit.

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 (pièces d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

Art.109 – Les mineurs en situation de rupture familiale

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Sous-section 2. Dispositions relatives aux femmes enceintes

Art.110 – L'admission en maternité

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

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

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

Art.111 – 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 (accouchement sous X) de son identité dans les conditions prévues par l'article L.222-6 du Code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête.

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

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du conseil national pour l'accès aux origines personnelles.

Art.112 – L'admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

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

CADRE GENERAL DE L'ADMISSION UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse.

Toute personne doit être informée sur les méthodes abortives et a le droit d'en choisir une librement.

CLAUSE DE CONSCIENCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention.

CAS DE LA MINEURE ADMISE POUR UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

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. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme 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 mentionné à l'article L. 2212-4 du CSP.

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, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Cette personne doit être présente pour la sortie.

Sous-section 3. Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre

Art.113 – L'admission des militaires

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

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires. L'admission est prononcée sans formalité particulière. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

Art.114 – L'admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

Sous-section 4. Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux

Art.115 – Les dispositions générales relatives à l'admission du patient en soins psychiatriques

L'admission des personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont selon le cas :

- les soins psychiatriques libres ;
- les soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SPDT ou SPRI) ;
- les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Les soins psychiatriques libres des personnes atteintes de troubles mentaux, définis par le critère du consentement du patient aux soins sont la règle et les soins psychiatriques sous contrainte (sans consentement) l'exception.

Art.116 - L'admission du patient majeur en soins psychiatriques libres

Les patients en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de la structure médicale où ils sont admis et au sein du CH de Montluçon – Nérès-les-Bains.

Dans le cas où le fonctionnement du service justifie la mise en oeuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

Art.117 - L'admission du patient majeur en soins psychiatriques sans consentement

DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A L'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Les patients admis en soins psychiatriques sous contrainte (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement.

Par convention, les patients en soins psychiatriques sans consentement sont admis en hospitalisation au Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure.

Dès leur admission, les patients sont informés le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état de la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte et, le cas échéant de chaque décision prononçant le maintien des soins. Ils sont également informés de leur situation juridique et de leurs droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

L'ADMISSION DU PATIENT A LA DEMANDE DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT (SPDRE)

L'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet peut être prononcée pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le préfet prononce, au vu d'un certificat médical établi par tout médecin hormis les psychiatres de l'établissement d'accueil, un arrêté décidant de l'admission d'une personne en soins psychiatriques. Après l'admission, le préfet autorise la forme de prise en charge de la personne malade (hospitalisation complète ou programme de soins) proposée par le psychiatre. Dans l'attente de cette décision, le patient reste sous hospitalisation complète.

L'ADMISSION DU PATIENT A LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PERIL IMMINENT (SPDT OU SPRI)

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers peuvent être dispensés sur décision du directeur de l'établissement conforme à un ou plusieurs certificats médicaux lorsque les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et que son état nécessite des soins immédiats et une surveillance constante ou régulière.

Le « tiers » demandeur des soins doit être un membre de la famille ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et ayant avec lui une relation antérieure à la demande de soins.

Pour un majeur protégé, le mandataire peut faire la demande en fournissant, à l'appui de celle-ci, le mandat de protection future visé par le greffier, ou un extrait du jugement instaurant la mesure de protection.

La demande du tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux de moins de 15 jours attestant des troubles mentaux de la personne concernée, le premier ne pouvant pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

En cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et s'il est impossible de recueillir une demande de tiers, le directeur de l'établissement peut prononcer une admission à l'appui d'un seul

certificat médical attestant de ce péril, rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours.

Sur la base du second certificat du psychiatre établi dans les 72 premières heures, puis tous les mois, le directeur de l'établissement d'accueil prononce le maintien des soins sous la forme de prise en charge retenue par le psychiatre de l'établissement.

Sous-section 5 : Dispositions relatives aux majeurs protégés

Art.118 - L'admission du majeur protégé sous tutelle

L'ADMISSION DU MAJEUR PROTEGE SOUS TUTELLE HORS URGENCE

L'admission est prononcée à la demande de son tuteur.

Toutefois la personne intéressée est en droit d'être associée à la décision d'une manière adaptée à son discernement. Dès lors, le consentement à l'hospitalisation du majeur protégé doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté, le cas échéant avec l'assistance du tuteur.

Si la personne intéressée n'est pas apte à exprimer sa volonté le tuteur donne son autorisation en tenant compte de la volonté de la personne sous tutelle.

Dans la mesure où son état le lui permet, la personne sous tutelle participe, après avoir été informée par le médecin, à la prise de décision relative à sa santé. Lorsque la tutelle prévoit la protection relative à la personne, toute information médicale doit être transmise non seulement à la personne intéressée mais également au tuteur dès l'admission et tout au long du parcours de soins.

L'ADMISSION DU MAJEUR PROTEGE SOUS TUTELLE EN SITUATION D'URGENCE

Le médecin peut passer outre l'avis du tuteur (ou en cas d'absence de réponse de celui-ci) pour admettre le majeur protégé en urgence.

Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

REFUS DE SOINS DU MAJEUR PROTEGE SOUS TUTELLE OU DE SON TUTEUR

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Art.119 - L'admission du majeur protégé sous curatelle ou sauvegarde de justice

L'ADMISSION DU MAJEUR PROTEGE SOUS CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE HORS URGENCE

L'admission est prononcée à la demande du majeur protégé. En effet, aucune autorisation du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du juge du contentieux et de la protection ne sont requis.

S'agissant d'une personne sous curatelle, il est toutefois conseillé avec son accord de la recevoir en présence du curateur pour mieux informer le majeur protégé de sa situation et pour éclairer le médecin de la portée du consentement donné par ce patient. Le curateur pourra être destinataire de l'information médicale uniquement avec l'accord de la personne sous curatelle.

L'ADMISSION DU MAJEUR PROTEGE SOUS CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE EN SITUATION D'URGENCE

Le médecin peut passer outre l'avis du majeur protégé, pour admettre ce dernier en urgence. Le médecin décidera en conscience de l'opportunité de son intervention après avis éventuel d'un confrère et ceci dans le souci de porter assistance à personne en péril. L'urgence est appréciée par le médecin.

REFUS DE SOINS DU MAJEUR PROTEGE SOUS CURATELLE OU SAUVEGARDE DE JUSTICE

Si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Sous-section 6 : Dispositions relatives aux patients gardés à vue et détenus

Art.120 – L'audition par les autorités de police

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

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

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

Cet avis est immédiatement transmis au directeur de l'établissement.

Art.121 – L'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.

Une information à la Direction est obligatoire.

Art.122 – L'admission des détenus

L'admission des détenus malades ou blessés est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun.

Un circuit est mis en place afin d'assurer la confidentialité.

Ces malades ou blessés sont hospitalisés au sein de l'établissement, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet (chambre carcérale).

Toutefois, ceci ne fait pas obstacle à ce que l'établissement puisse assurer l'hospitalisation des détenus dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés (réanimation, soins intensifs ...).

Le dossier patient des détenus est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement.

Si le séjour du patient détenu est supérieur à 48 heures, ce dernier est transféré, sous réserve des capacités d'accueil, vers l'Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Lyon.

Les détenus peuvent être soumis au port des menottes, ou des entraves par mesure de sécurité (contre les actes agressifs et les évasions) lorsque les circonstances l'exigent. Les contraintes physiques (entraves, menottes) peuvent être enlevées après un entretien et l'accord du personnel de surveillance si le médecin l'estime nécessaire sur un plan exclusivement médical.

Art.123 – La surveillance des détenus

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire. Elles s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire, de la police ou de l'administration pénitentiaire. En aucun cas, le service de sécurité de l'établissement ne doit être amené à y participer.

Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes par l'intermédiaire de la Direction.

Art.124 – Les soins dispensés en milieu pénitentiaire

L'établissement assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires avec lesquels il est lié par convention.

Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux où les personnels hospitaliers dispensent ces soins et accomplissent ces actions sont assurés par l'administration pénitentiaire.

Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

SECTION 4 - Les droits du patient

Art.125 – La laïcité et libre exercice du culte

Le CH de Montluçon – Nérès les Bains garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, et met à leur disposition des moyens pour assurer librement l'exercice de leur culte (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, rites funéraires...). Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres de santé des services de soins. Toutefois, l'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte, ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Le principe de la liberté religieuse doit être concilié avec le principe de laïcité qui a cours à l'hôpital et ne doit pas faire obstacle à la bonne organisation du service.

Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole.

La distribution de tout document à caractère politique, religieux ou associatif, à des fins de propagande ou de prosélytisme, est interdite dans l'ensemble des locaux du CH.

Les signes d'appartenance religieuse quelle qu'en soit la nature ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés individuellement ou collectivement par les patients, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

Art.126 - La Charte du Patient Hospitalisé

Le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès les Bains respecte les principes issus de la circulaire DHOS du 2 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées. Les principes inscrits dans cette charte de patient hospitalisé sont les suivants:

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

Sous-section 1 : Information médicale

Art.127 – L'information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'établissement 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 porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

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

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

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

Art.128 – Les relations avec les familles et les proches

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 – telles que diagnostic et 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. De même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétences.

Lorsqu'un patient est transféré dans une autre unité de l'établissement, il appartient à l'unité à l'origine du transfert d'en informer la famille.

Art.129 – La transmission d'information entre professionnels de santé

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

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

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

Art.130 – Le dossier du patient

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

Ce dossier contient au moins :

- les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ;
- les informations formalisées établies à la fin du séjour ;
- les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

LE DOSSIER MEDICAL PATIENT INFORMATISE (DPI)

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

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la

garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'établissement. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier du patient conformément aux règles prévues à l'article 131 (communication du dossier du patient) du présent règlement.

L'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT :

Par principe, ont accès au dossier patient, le patient (ou son tuteur s'il est sous tutelle), ou son médecin traitant s'il l'a désigné comme intermédiaire. Les professionnels de santé peuvent également avoir accès au dossier d'un patient s'ils justifient de la prise en charge de celui-ci, et que le partage d'information est rendu nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de ce patient.

Art.131 – La communication du dossier du patient

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenue par l'établissement et les professionnels qui y exercent.

Sont concernées les informations qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

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

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit 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 ou qui est dépositaire de ces informations 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.

À titre exceptionnel, et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition prévue à l'article 107 (soins confidentiels à la demande d'un mineur) du présent règlement, 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, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès et tracée dans le dossier, 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.

Ne sont communicables que les informations relevant d'une de ces causes précises.

Une information préalable du praticien responsable de la structure médicale concernée est effectuée par la Direction des droits des patients et des relations avec les usagers. La communication du dossier a lieu :

- soit par consultation gratuite sur place ;
- soit 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, le cas échéant, de l'envoi des documents. La première copie du dossier est gratuite pour le 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 professionnel, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Dossier médical partagé (DMP) :

Par ailleurs et conformément au décret n° 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé (DMP), le CH de Montluçon – Nérís les Bains transmet les éléments relevant du séjour du patient dans le DMP inhérent au dispositif national « Mon Espace Santé », ceci conformément aux règles déontologiques et dans les délais qui permettent une information préalable claire et directe au patient (consultation d'annonce...).

Art.132 – La personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Le CH de Montluçon – Nérís-les-Bains est tenu d'informer le patient de cette possibilité. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient 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 rend compte de la volonté de la personne.

Elle peut, 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.

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

Art.133 – Les relations avec le médecin traitant

Le Centre Hospitalier est tenu d'informer par lettre le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il doit l'inviter simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à faire connaître son souhait d'être informé de l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient.

Art.134 - Les directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées informent sur les souhaits des personnes relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement.

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un modèle de rédaction est proposé par l'établissement mais le patient peut utiliser d'autres formulaires ou rédiger ses directives anticipées sur papier libre. Les directives anticipées sont intégrées informatiquement au dossier médical du patient. Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Art.135 – Les traitements automatisés des données à caractère personnel

Les données personnelles confiées au CH de Montluçon – Nérès les Bains lors des venues des patients en consultation ou hospitalisation sont enregistrées et conservées dans le système d'information du CH. Le CH gère également les données personnelles de ses salariés à des fins de gestion administrative de leur activité professionnelle et de leur carrière. Le CH est le garant de la confidentialité de ces données personnelles.

Les données des patients sont utilisées pour créer et maintenir le dossier médical, gérer administrativement la prise en charge, organiser et piloter les services de soins et le parcours de soins. Elles sont également susceptibles d'être réutilisées pour réaliser des études dans le domaine de la santé, sous réserve du consentement du patient obtenu après information.

Les informations médicales concernant les patients sont conservées dans le système d'information du CH de Montluçon – Nérès les Bains et partagées avec les professionnels de l'équipe de soins qui les prennent en charge.

Afin d'améliorer la qualité du parcours de soins, le CH peut également être amené à transmettre ces données à des professionnels exerçant en dehors du CH mais intervenant dans la prise en charge médicale et notamment au médecin traitant du patient.

Les informations concernant les patients sont susceptibles d'être hébergées informatiquement chez un hébergeur de données agréé à cet effet.

Le dossier médical est conservé, conformément au code de la santé publique, pendant une période de vingt ans à compter de la date de la dernière venue, ou au moins jusqu'au vingt-huitième anniversaire du patient, ou pendant dix ans à compter de la date de décès. Le dossier transfusionnel est conservé pendant trente ans. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, et d'un droit à définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au délégué à la protection des données ou au service d'accès au dossier patient du CH.

Art.136 – L'information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales

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

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

Art.137 – Les réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au Centre hospitalier (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au directeur de l'établissement.

Deux commissions des usagers (CDU) veillent au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches : une CDU pour le site de Montluçon et une CDU pour le site de Nérès Les Bains.

Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le directeur de l'établissement ou son représentant, le médiateur médical ou non médical ou par les CDU. Une réponse motivée est adressée au requérant suivant la procédure prévue au présent article.

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

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

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

- Il peut saisir la CRCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une incapacité permanente partielle supérieure à 24%, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CRCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.
- Il peut exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

Préalablement à tout recours à visée indemnitaire devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès du Directeur du CH de Montluçon – Nérès-les-Bains, sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

Art.138 - Les médiateurs

Un médiateur médical et un médiateur non médical sont désignés au sein de l'établissement par le directeur du Centre Hospitalier.

Le médiateur médical et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant au sein de l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans.

Le médiateur médical et son suppléant ne doivent pas exercer dans la même structure médicale.

Le médiateur non médical et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médical exerçant au sein de l'établissement.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droits, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile ou à leur demande. Lorsque le médiateur médical souhaite consulter un dossier du patient, il demande au préalable l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droits en cas de décès.

L'établissement peut également proposer au patient ou à ses ayants droits de rencontrer le médiateur médical ou le médiateur non médical en tant que de besoin.

Art.139 – Les Représentants des usagers

Deux représentants des usagers sont désignés au sein de la commission de surveillance de l'établissement parmi les personnes proposées par les associations, régulièrement déclarées et ayant une activité dans le

domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

Ces associations doivent faire l'objet d'un agrément au niveau régional ou départemental (ARS).

Les représentants des usagers doivent pouvoir être accessibles directement et facilement par les usagers.

Sous-section 2 : Consentement aux soins

Art.140 – 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 ou sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

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

Art.141 – Le consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article 132 (personne de confiance) du présent règlement ou la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté.

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

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Art.142 – Le refus des soins

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Lorsqu'un malade n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés ou souhaite interrompre le traitement, une proposition alternative de soins est recherchée au préalable, dans toute la mesure du possible.

La sortie du patient peut éventuellement être prononcée par le Directeur ou son représentant dans les conditions prévues à l'article 183 « sortie contre avis médical ». En cas d'urgence médicalement constatée mettant en péril la vie du malade, le médecin responsable s'assure que le refus du malade procède d'une volonté libre et éclairée et d'une parfaite connaissance du risque qu'il encourt.

Le médecin informe, s'il y a lieu, la personne de confiance désignée, ou la famille ou un autre proche. Le malade, conscient, doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

En cas de refus persistant, le médecin responsable prend les décisions qu'il estime nécessaires pour le malade compte tenu de son devoir d'assistance à personne en danger et de la connaissance qu'il a du refus du malade d'accepter les soins. Il en informe immédiatement le Directeur ou son représentant.

Art.143 – Le consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

Les actes médicaux concernant les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes 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-dessous.

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

Cas particulier des soins en urgence délivrés aux patients mineurs :

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur.

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.

Art.144 – 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 où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Sous-section 3 : Qualité des soins

Art.145 – Le droit du patient à des soins de qualité

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue une priorité et un axe majeur de l'action de l'établissement. Elle passe par la mise en œuvre d'une politique transversale qui concerne tous les acteurs de l'établissement et toutes les catégories professionnelles. Elle fait en outre l'objet de procédures et protocoles établis par les professionnels compétents selon une trame institutionnelle de gestion documentaire définie par la Direction Qualité du CH de Montluçon – Nérès-les-Bains.

Par ailleurs, le CH garantit, au sein de ses structures, la mise en œuvre de l'ensemble des dispositifs de sécurité sanitaire, notamment liés aux vigilances sanitaires définies dans le cadre du Code de la santé publique. En particulier, il organise les processus permettant à tout professionnel hospitalier ayant connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif ou équipement médical, d'une infection nosocomiale, d'alerter immédiatement le correspondant local assurant, au sein de l'établissement, la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

Enfin, le CH de Montluçon – Nérès-les-Bains met en place l'évaluation des pratiques professionnelles notamment prévue dans le cadre de la démarche de certification engagée auprès des organismes nationaux compétents. Dans le même temps, il permet aux praticiens de ses services d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances et leurs savoirs dans la discipline médicale, odontologique ou pharmaceutique dans laquelle ils exercent.

Art.146 - La certification

La procédure de certification donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique indépendante.

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

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

Art. 147 – La prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée à partir d'une échelle de la douleur, prise en compte, traitée et tracée dans le dossier. Les professionnels de santé de l'établissement mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Art. 148 – Le droit aux soins palliatifs

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

Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSA) est instituée au sein de l'établissement. Elle intervient à la demande des praticiens. Des lits dédiés « soins palliatifs » sont identifiés.

Sous-section 4 : Dons du sang et transfusions sanguines

Art.149 – Le don du sang

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

L'Établissement français du sang assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donateurs de sang à raison des opérations de prélèvement.

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

Art.150 – Les produits sanguins labiles

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

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

Art.151 – La sécurité transfusionnelle

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

Au cas où est diagnostiqué, chez un patient, un événement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance de l'établissement en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

L'établissement doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier du patient, bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation dans les conditions prévues à l'article 136 (Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales) du présent règlement.

L'établissement établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel unique versé au dossier du patient.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

Sous-section 5 : Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain

Art.152 – Les recherches biomédicales

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que sur les personnes majeures hors d'état d'exprimer son consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les patients ou, le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment à cette participation.

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins, et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.

Art.153 – Les principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients

Aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiqué sur un patient sans son consentement préalable. Le patient, ou son représentant légal le cas échéant, peut révoquer son consentement à tout moment.

Sauf exceptions prévues par la loi, aucun prélèvement de tissus ou de cellules, aucune collecte de produits du corps humain en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne.

Aucun paiement, quel qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par l'établissement.

Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.

Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Art.154 – Les prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concourent, directement ou indirectement, l'établissement.

Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur le registre national automatisé prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révocable à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du patient décédé, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le patient, par tout moyen. Il doit les informer de la nature et de la finalité des prélèvements envisagés.

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

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

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

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

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

Art.155 – L'autopsie médicale

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement visées à l'article précédent du RI.

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

Les autopsies ne sont pas pratiquées au sein de l'établissement. Elles sont effectuées au CHU de Clermont Ferrand.

Art.156 – L'utilisation des prélèvements à des fins scientifiques

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

Le refus du mineur ou du majeur protégé fait obstacle à cette utilisation.

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

SECTION 5 – Conditions de séjour du patient au Centre Hospitalier

Sous-section 1 : Principes régissant le séjour

Art.157 – Les règles générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité.

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

Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène.

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

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient pour motif disciplinaire. En cas de faits graves et caractérisés, le CHMN se réserve le droit d'engager, en lien avec le Parquet des poursuites judiciaires au plan pénal.

Les patients peuvent se déplacer librement au sein de l'établissement dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier, à l'exception des possibles restrictions de déplacements (patients détenus, patients hospitalisés en soins sans consentement, patients mineurs ...).

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients. Ils doivent s'abstenir de tout déplacement dans la nuit hors du service. Cet horaire peut être adapté aux impératifs de chaque service.

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

Art.158 – Le respect de la personne et de son intimité

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

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

Les personnels et les visiteurs extérieurs peuvent pénétrer dans la chambre du patient qu'après y avoir été invités par le patient lui-même.

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

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

Art.159 – Le dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur

Dès sa pré-admission à l'établissement et au plus tard lors de son admission, le patient (ou ses représentants légaux) est informé oralement et par une note écrite du régime de responsabilité applicable en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales. Le patient est invité à n'apporter au Centre Hospitalier que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut, au moment de son admission, déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur de l'établissement et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Un inventaire des biens déposés est requis pour tout patient souhaitant déposer. Il doit être réalisé contradictoirement :

- Les valeurs (sommes d'argent, titres et valeurs, moyens de règlement, objets de valeurs) sont déposées à la régie.
- Les « autres objets » qui ne sont pas conservés par le patient sont mis en sécurité, dans un sac scellé, dans le service.

Personnes dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôts :

- patient hors d'état de manifester sa volonté,
- patient mineur ou majeur protégé non accompagné,

- patient devant recevoir des soins d'urgence.

Un inventaire contradictoire de l'ensemble des objets détenus par ces patients doit être dressé par deux membres de l'équipe soignante. Ils signeront la fiche d'inventaire et déclineront d'une manière manuscrite et lisible leur identité. Mention doit être portée dans le dossier de soins.

Ultérieurement, dès que leur état le permet, ces patients sont invités à retirer les biens qui ne peuvent rester déposés en régie en raison de leur nature.

Le CH de Montluçon – Nérès-les-Bains est responsable de plein droit s'il y a vol, perte ou détérioration des biens déposés.

Il n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration de la chose résulte de la nature ou d'un vice de la chose ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Art.160 – Les biens conservés par le patient

Le patient est libre de refuser le dépôt de ses biens.

Ce refus doit être tracé de façon contradictoire par écrit sur la fiche d'inventaire mentionné dans son dossier. Le CH n'est pas responsable du vol, de la perte, ou de la détérioration des biens conservés par le patient. Ils restent sous sa seule responsabilité.

À titre exceptionnel, le Directeur ou son représentant peut autoriser de façon expresse le patient à conserver un ou plusieurs objets sur lui. Il ne peut, en tout état de cause, concerner ni des sommes d'argent, des titres ou des valeurs mobilières, ni des moyens de règlement ou des objets de valeur.

Art.161 - La restitution des sommes d'argent, titres et objet de valeur

Lorsque la procédure de dépôt a été engagée, les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au patient, à la fin de son séjour ou au cours du séjour (sachant que les retraits partiels de sommes d'argent sont proscrits), sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité. Mention de la remise est portée sur la fiche d'inventaire.

Le retrait auprès du Comptable ou régisseur peut être effectué par le patient lui-même, par son représentant légal, par un tiers mandaté par le patient ou par ses héritiers ou légataires ou ayants droit en cas de décès. Par ailleurs, pour se voir reconnaître la qualité d'héritier, les ayants droit devront détenir un certificat d'hérédité délivré en mairie (succession simple) ou acte notarié établi par un notaire (succession complexe) ; livret de famille attestant la filiation directe avec la personne décédée ; ou encore une fiche d'état civil attestant la filiation directe avec la personne décédée.

Lorsqu'il existe un certain nombre d'héritiers, l'un d'eux peut se porter fort pour l'ensemble, en prenant l'engagement d'utiliser l'attestation qui lui est délivrée par les autres héritiers pour effectuer l'ensemble des démarches en leur nom et dans le respect de leurs droits.

Dans le cas exceptionnel où le patient ne pourrait se déplacer le régisseur se déplacera dans sa chambre pour lui restituer le dépôt. Cette procédure doit demeurer exceptionnelle.

Dépôts non retirés dans un délai d'un an :

- les valeurs seront proposées aux Services des domaines pour vente ou à défaut deviendront propriété du CH de Montluçon – Nérès-les-Bains;
- le numéraire sera consigné à la Caisse des Dépôts et Consignation pendant 5 ans et au-delà acquis à l'Etat.

Art.162 - Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage. Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par l'établissement, en fonction du coût réel des prestations fournies.

D'autres possibilités de restauration des visiteurs peuvent exister au sein des différents sites du CH (cafétaria, distributeurs automatiques ...).

Art.163 – Les autorisations de sortie

Les patients des secteurs de psychiatrie et de réadaptation 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 quarante-huit heures.

Ces autorisations sont données par le directeur, après 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.

Dans les autres secteurs, l'autorisation du directeur est donnée uniquement à titre dérogatoire selon l'avis détaillé et justifié du médecin.

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.

Concernant les autorisations de sortie du patient mineur, se reporter à l'article 105 du présent RI relatif à l'admission du patient mineur - Autorisations de sorties du mineur en cours d'hospitalisation.

Art.164 – Les pratiques religieuses

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, du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs liés à la sécurité, à la santé et à l'hygiène

Les patients doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme. Une pratique religieuse ne saurait perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, ni créer de désordres

L'établissement prévoit un local d'accès aisé et de dimensions suffisantes qui puisse servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux patients, quelle que soit leur confession. Des ministres des différents cultes, agréés par le directeur de l'établissement, sont à la disposition des patients, sur simple demande de leur part.

En tant qu'agent hospitalier et coordonnateur de l'aumônerie, l'aumônier peut mettre en lien les personnes qui le demandent avec un représentant des autres cultes. Il dispose des coordonnées de ces différents représentants.

Sous-section 2 : Service social

Art.165 – Les missions du service social

Le service social, composé de cadres socio-éducatifs et d'assistants de service social, est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein de l'établissement.

Il favorise le maintien ou l'accès aux droits sociaux et aide les patients, leur famille et leurs proches en cas de difficultés administratives ou juridiques. Il prépare, en liaison directe d'une part avec l'administration de l'établissement et ses pôles d'activité, et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents, le maintien ou le retour à domicile ou, si besoin, l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée.

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

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

Il intervient au sein de l'équipe hospitalière dans le cadre d'un projet élaboré avec le patient en veillant à préserver son autonomie.

Sous-section 3 : Accès des personnes étrangères à l'établissement

Art.166 – Les visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures 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 éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police ;
- pour des motifs liés à la situation sanitaire (Plan blanc, crise sanitaire, plan relatif à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles ...).

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités de soins concernés.

Art.167 – Les recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement de l'établissement. 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 prévue à l'article 40 (Interdiction de fumer) du présent règlement.

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.

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

Art.168 - Les animaux

Les animaux ne peuvent être introduits dans l'enceinte du CH de Montluçon – Nérís-les-Bains.

Des dérogations exceptionnelles pourront être accordées au cas par cas, (par exemple, les animaux de compagnie pour les patients en fin de vie, les chiens d'accompagnement pour personnes aveugles ou en situation de handicap).

Art.169 – Les stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein de l'établissement doivent faire l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme dont dépend le stagiaire.

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

Art.170 – La visite des officiers ministériels (dont notaires)

Il s'agit en particulier de l'intervention des notaires dans le CH qui n'ont pas à solliciter l'autorisation de l'administration hospitalière pour se rendre auprès des patients malades qui les ont sollicités. Ils peuvent à cette occasion demander au médecin en charge du patient, un certificat médical en vue d'établir la preuve de la capacité mentale des patients pour accomplir tout acte notarié ; dans ce cas, seul le médecin est à même de juger de l'opportunité de fournir un tel certificat.

L'appel à des agents hospitaliers en qualité de témoins nécessite l'information préalable du chef de service ou du directeur.

L'intervention des officiers ministériels demeure cependant conditionnée aux impératifs de bon fonctionnement du service public hospitalier, et ceux-ci sont tenus de se conformer aux directives du Directeur ou de son représentant, et du Chef de service de l'unité durant leur passage au sein du CH.

Sous-section 4 : Règles diverses

Art.171 – La neutralité du service public

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

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte de l'établissement ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'établissement, sauf autorisation expresse du directeur.

Art.172 – Les droits civiques

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

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité, à partir d'un recensement effectué auprès de la Direction des droits des patients.

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

Art.173 – Le droit à l'information

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

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

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

Art.174 – Les prestataires de service au sein de l'établissement

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

Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil prévu à l'article 78 (livret d'accueil) du présent règlement.

Art.175 – L'interdiction des pourboires

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

Art.176 – Les effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein de l'établissement du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les unités de soins de longue durée, son entretien n'incombe pas à l'établissement et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique.

En cas de nécessité, l'établissement met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Art.177 – Le courrier

Le vaguemestre de l'établissement 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 infirmier.

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. A défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au gérant de tutelle, notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

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

Art.178 – Le téléphone et micro-informatique

Des appareils téléphoniques sont mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques. Les frais de communication sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu.

Les résidents des EHPAD qui le souhaitent peuvent obtenir le transfert au Centre hospitalier de leur ligne téléphonique personnelle, dans la mesure où les installations techniques le permettent.

Dans ce cas, ils règlent eux-mêmes directement aux opérateurs téléphoniques les frais qui découlent de ce transfert ainsi que leurs factures périodiques.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans le Centre hospitalier, 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.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein de l'établissement 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 dans les conditions visées à l'article 159 (Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur) du présent règlement, en cas de vol, perte ou détérioration.

Sous réserve des dispositions de ce même article, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables et télécopieurs. L'installation de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité.

Un réseau wifi public est mis à disposition gratuitement des usagers, l'établissement ne s'engageant pas sur sa disponibilité et ses performances.

Art.179 – L'usage des terminaux numériques

Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande auprès de l'accueil du Centre hospitalier. Les frais de location du terminal leur sont facturables. Un panel de services (radio, Internet...) est proposé sur les terminaux numériques afin d'améliorer les conditions de séjour.

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.

Des casques audio peuvent être mis à disposition des utilisateurs.

Seuls les résidents d'EHPAD et MAPAD peuvent apporter leur poste de télévision personnel lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dégâts qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion.

SECTION 6 - Sortie des patients

Art.180 – La compétence du directeur d'établissement

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins de l'établissement, sa sortie est prononcée sous l'autorité du directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée.

En cas de transfert, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, le directeur prend toutes dispositions utiles pour organiser l'orientation du patient vers un établissement de soins médicaux de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas, dans les conditions prévues à l'article 84 (transfert d'un patient vers un autre établissement) du présent règlement. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Art.181 – Les modalités de la sortie

La sortie se fait prioritairement le matin et donne lieu, le cas échéant, 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 continuité des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

En cas de nécessité médicale, une prescription médicale de transport sanitaire, par ambulance ou tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription médicale 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. L'établissement tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département.

Le praticien qui a adressé le patient au CH de Montluçon – Nérís-les-Bains en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée le médecin du CH en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

La lettre de liaison est remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Art.182 – Le recueil de la satisfaction

Tout patient reçoit, lors de son admission un questionnaire de satisfaction destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration de l'établissement sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme, ou les déposer dans les boîtes à lettres prévues à cet effet. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les autorités sanitaires.

Art.183 – La sortie contre avis médical

Sous réserve des dispositions de l'article 107 (Soins confidentiels à la demande des mineurs) du présent règlement et à l'exception des mineurs, des personnes hospitalisées sous contrainte pour troubles mentaux et des patients visés aux articles 118 et 119 (Prise en charge des majeurs protégés) et 122 (admission des détenus) du présent règlement, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

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 prévues à l'article 142 (refus de soins) du présent règlement.

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

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

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier du patient.

Art.184 – La sortie à l'insu du service

La fugue s'entend pour les patients qui soit ne reviennent pas à l'issue d'une permission de sortie, soit qui ont quitté l'établissement à l'insu du service.

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

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

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie contre avis médical. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté l'établissement, à minuit.

Art.185 – 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, ou en cas de force majeure.

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

Art.186 – 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.

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

SECTION 7 - Frais de séjour

Art.187 – L'information

Le patient ou sa famille a droit, à sa demande, à une information 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.

Art.188 – Les tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital correspondent aux tarifs publics fixés par conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sur la base des nomenclatures en vigueur. Les tarifs des actes non prévus par ces nomenclatures sont fixés par le Directeur du CH de Montluçon – Nérís-les-Bains.

Tout patient ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à un autre organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité du tarif des soins externes auprès de l'hôpital. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient acquitte uniquement le ticket modérateur.

Il peut être exonéré totalement du paiement de ce ticket modérateur en fonction de sa situation personnelle ou si celui-ci est pris en charge par un organisme tiers ayant

Les patients devant s'acquitter de l'intégralité des frais de soins externes ou du paiement du seul ticket modérateur pourront être amenés à payer ces sommes en régie préalablement ou à l'issue de la consultation et/ou des actes effectués.

Le service social de l'hôpital assiste les personnes démunies pour leur faciliter l'accès aux consultations notamment pour l'obtention d'une couverture sociale.

Art.189 – Les tarifs de l'activité libérale

Les honoraires de l'activité libérale au CH de Montluçon – Nérès-les-Bains, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le patient et le médecin.

Le patient reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

Ces honoraires ne comprennent pas le supplément pour chambre particulière.

Art.190 – 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 de 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.

Art.191 – Le paiement des frais de séjour et provisions

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée au Centre Hospitalier par le patient ou par un tiers payeur.

Dans le cas où les frais de séjour des patients ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

Ils sont tenus, sauf les cas d'urgence, de verser, au moment de leur admission au sein de l'établissement, une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration de la période d'hospitalisation prévue, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine, et accepté par le Centre Hospitalier de Montluçon – Nérès les Bains.

En cas de non-paiement des frais de séjour, la Trésorerie générale du Centre Hospitalier exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Art.192 – Le supplément pour chambre particulière

Les patients qui demandent à être admis en chambre particulière doivent signer un engagement de payer et acquitter un supplément dont le montant est actualisé chaque année.

Ces chambres particulières ne peuvent être attribuées qu'après avoir pris en considération les priorités médicales au sein du service.

Art.193 – Les prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'établissement pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans (notamment en chambre mère-enfant) ou un patient en fin de vie.

SECTION 8 - Dispositions relatives aux naissances et aux décès

Sous-section 1 : Dispositions relatives aux naissances

Art.194 – La déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'établissement est effectuée par un personnel du Centre Hospitalier de Montluçon chargé de l'état civil ou à leur demande par le père ou la mère, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né.

Un exemplaire de ce document est porté par un agent de l'établissement à la mairie de la commune où est situé l'établissement.

Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par l'établissement.

Art.95 – Les déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement. Il en est ainsi lorsque l'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né vivant mais non viable ou lorsque l'enfant est mort-né après un terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou pèse au moins 500 grammes.

En revanche si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une 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 les 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.

Sous-section 2 : Dispositions relatives aux décès

Art.196 – 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 personnel 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, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants; ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par l'établissement d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation.

En revanche, les repas fournis par l'établissement sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Art.197 – L'annonce du décès

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin de l'établissement.

Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens (en tenant compte notamment de la personne à prévenir inscrit dans le dossier du patient, le cas échéant, ou de la personne de confiance).

La notification du décès est faite :

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

Art.198 – 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 décédé, selon les modalités prévues à l'article 207 (*Objets abandonnés ou déposés par le défunt*) du présent règlement ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

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

- une fiche d'identification destinée à la direction de l'établissement et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « le décès paraît réel et constant »,
- un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les vingt-quatre heures en privilégiant nécessairement la transmission du certificat par voie dématérialisée (électronique).

L'agent du bureau de l'état civil de l'établissement doit annoter, pour sa part:

- le registre des décès de l'établissement ;
- le registre de destination des corps ;
- à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune.

Art.199 – 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 de l'établissement, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

Art.200 – Le dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens visés à l'article 207 (objets abandonnés ou déposés par le défunt) du présent règlement, 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 aux articles 201 (transport sans mise en bière en chambre mortuaire), 202 (transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille) et 203 (mise en bière et transport après mise en bière) du présent règlement et avec les autorisations prévues par la loi.

Au cas où 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 personnels 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 les trois premiers jours à compter de l'arrivée du corps. Au-delà une prestation est facturée (tarif affiché dans le service).

Les heures d'ouverture ordinaires de la chambre mortuaire de l'établissement sont les suivantes :

- Du lundi au dimanche : de 8 h00 à 12 h00 et de 14 h00 à 17 h00.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public.

Art.201- Le transport sans mise en bière en chambre mortuaire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre doivent intervenir dans un délai de 24 heures à compter du décès. Ce délai est porté à 48 heures si le corps a fait l'objet de soins de conservation.

Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite :

- ✓ soit d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile ;
- ✓ soit du directeur de l'établissement à condition qu'il atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de 10 heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Dans ce cas, les frais résultant du transport à la chambre funéraire sont à la charge de l'établissement, ainsi que les frais de séjour du corps durant les trois premiers jours suivant l'admission.

Art.202 – Le transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport doit être autorisé par le maire de la commune du lieu de décès.

Ce transport doit intervenir dans un délai de 24 heures à compter du décès. Ce délai peut être porté à 48 heures si le corps a subi des soins de conservation.

L'autorisation est subordonnée :

- ✓ à la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- ✓ à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne ;
- ✓ à l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin de l'établissement ;

- ✓ à l'accord écrit du directeur de l'établissement ;
- ✓ à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :

- ✓ le décès soulève un problème médico-légal ;
- ✓ l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- ✓ le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses visées par l'arrêté ministériel du 20 juillet 1998.

Le médecin avertit alors sans délai et par écrit la famille et le directeur de l'établissement de son opposition.

Le départ ne peut avoir lieu qu'après l'apposition par un officier de police, sur le corps, d'un bracelet d'identification. Sauf dérogation dûment justifiée, ce départ a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire de l'établissement.

Art.203 – 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.

Art.204 – 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.

L'établissement tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres.

La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de quatorze jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, l'établissement 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 applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Art.205 – 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 dix 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 dix jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de dix 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.

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 la charge de l'établissement.

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 imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, l'établissement est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Art.206 – Le don du corps

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

La démarche de don doit 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 24 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. Ce délai est porté à 48 heures si le décès a lieu dans un établissement disposant d'équipements permettant la conservation des corps.

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 frais de transport du corps, du CH vers l'établissement d'enseignement, est à la charge de ce dernier. Il assure également, à ses frais, l'inhumation ou la crémation du corps.

L'établissement d'enseignement peut toujours refuser le don d'un corps s'il n'en a pas l'utilisation. Il revient alors à la famille de prendre en charge les funérailles. Celle-ci en est informée par les agents de la chambre mortuaire du CH.

Un corps ayant fait l'objet d'une procédure médico-judiciaire ne peut faire l'objet d'un don à la science.

Art.207 – Les objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre de santé ou un infirmier sur une feuille spécifique.

Les objets de valeur déposés à la régie sont transmis à la Trésorerie qui se charge de leur restitution aux héritiers ou au notaire.. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du CH de Montluçon – Nérís-les-Bains.

Art.208 – Le libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques, en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein de l'établissement.

Il est également strictement interdit aux personnels de l'établissement qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Art.209 – 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. Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignnant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein de l'établissement afin de faciliter



Règlement Intérieur du Centre Hospitalier Montluçon - Nérís-les-Bains

l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leur volonté.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís-les-Bains, au profit de structures médicales de leur choix. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse de l'établissement, des structures médicales bénéficiaires ou de toutes autres conditions émises par les patients, l'établissement respectera scrupuleusement leurs volontés.

CHAPITRE III - Dispositions relatives au personnel

Section 1 : Principes fondamentaux liés au respect du patient

Section 2 : Principes de la bonne conduite professionnelle

Section 3 : Expression des personnels

SECTION 1 - Principes fondamentaux liés au respect du patient

Art.210 – Les demandes d'information

Selon l'article L.121-8 du CGFP, « l'agent public a le devoir de satisfaire aux demandes d'information du public, sous réserve des dispositions des articles L.121-6 [relatif au secret professionnel] et L.121-7 [relatif à la discrétion] ».

Cette obligation impose de répondre aux demandes du public. Il s'agit aussi pour chaque agent public d'orienter les personnes accueillies vers les personnes compétentes en cas de question et dans leur domaine de compétences d'y répondre en veillant, tant dans son expression qu'au fond, au respect des obligations qui s'imposent à chaque agent public.

Cette obligation d'information à l'hôpital public est rappelée par la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Par ailleurs, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, 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 » : article L.1111-2 du Code la santé publique.

Art.211 - La déontologie médicale : Principes généraux

Les dispositions du code de déontologie sont applicables au sein de l'établissement.

Le praticien est soumis aux obligations définies par les articles R.4127-1 à R.4127-112 du code de la santé publique relatifs à la déontologie médicale.

Le médecin a un devoir d'assistance envers les malades et les blessés et l'obligation de respecter les principes d'égalité et de neutralité du service public et de non-discrimination entre les malades. Il est par ailleurs tenu au secret professionnel. Il doit ainsi soigner, avec la même conscience tous les malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent. Il bénéficie de la liberté de prescrire et de l'indépendance professionnelle, dans le respect des bonnes pratiques.



Le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Il est tenu au respect de la loi, notamment en matière d'IVG, de prélèvements d'organes, de prise en charge des patients en fin de vie, d'assistance médicale à la procréation, de recherche biomédicale, de traitement d'informations nominatives etc...

Le médecin est responsable du malade qu'il a en charge, de son traitement et des conséquences de ce traitement. Il a une obligation de moyens relative aux diagnostics et traitements qu'il délivre, fondés sur les données acquises de la science. Il doit à son patient une information loyale, claire et appropriée. Le patient dispose du libre choix de son médecin.

Art.212 – Le secret professionnel

L'article L.121-6 du CGFP rappelle que « l'agent public est tenu au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 du Code pénal ».

Selon l'article 226-13 du Code pénal, « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ».

Le secret professionnel s'impose à l'ensemble des personnels du Centre hospitalier de Montluçon – Nérís les Bains.

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

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

ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE :

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans les conditions suivantes: la personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès. Le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, est recueilli par chaque professionnel par tout moyen, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle a reçu les informations ci-dessus.

AVEC LES PROCHES OU LA FAMILLE :

- a) 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.
- b) En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès.

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

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des infections sexuellement transmissibles ;
- le certificat d'accident du travail ;
- le certificat de maladie professionnelle ;
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge,
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les cas suivants:

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du code pénal, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit

s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au Procureur de la République ;

4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les autorités constituées sont tenues par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale de porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

Art.213 – L'obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Article L.121-7 du Code général de la fonction publique énonce que « l'agent public doit faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ».

En dehors des cas expressément prévus par les dispositions en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, il ne peut être délié de cette obligation que par décision expresse de l'autorité dont il dépend fonctions.

Cette obligation, différente du respect du secret professionnel, a pour but de protéger l'administration contre la divulgation, qui pourrait nuire au fonctionnement du service ou à l'accomplissement de sa mission, d'éléments qui doivent rester confidentiels. Sa violation peut entraîner des sanctions disciplinaires pour l'agent fautif même s'il n'y avait pas de sa part d'intention malveillante¹ que la divulgation ait été écrite ou orale, à l'intérieur de l'établissement ou à l'extérieur², que l'agent ait eu connaissance de ce qu'il divulgue personnellement ou par l'intermédiaire d'autrui.

¹ Tribunal administratif de Paris, 22 mars 2017, n°1607713/5-3

² CAA Versailles, 13 mars 2014, n°13VE00190

Art.214 – Le respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ou sur leurs familles.

Art.215 – La sollicitude envers les patients

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

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

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

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

Art.216 – L'accueil et le respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs funéraires, etc.

SECTION 2 : Principes de la bonne conduite professionnelle

Art.217 – La charte de l'agent hospitalier

Le Centre hospitalier de Montluçon – Nérès les Bains dispose d'une Charte de l'agent hospitalier qui a pour paradigme de rappeler, de manière générale, les attentes du Centre hospitalier de Montluçon – Nérès les Bains envers l'agent hospitalier, à savoir que celui-ci doit :

- garder une attitude professionnelle et adaptée à la situation, quel que soit le niveau de stress ;
- avoir une conduite exemplaire, respectueuse et bienveillante envers l'ensemble des agents hospitaliers (y compris sa hiérarchie) et des usagers.

Cela signifie ne pas tenir :

- des propos ou avoir un comportement agressif, menaçant, intimidant, méprisant, dénigrant, humiliant, ou portant atteinte à la dignité des personnes ;
- des propos ou avoir un comportement violent physiquement, notamment au travers de coups et blessures ;
- des propos ou avoir un comportement violent sexuellement, c'est-à-dire sans consentement des personnes concernées, qu'il s'agisse d'actes, de tentatives d'actes ou de commentaires ;
- des propos ou avoir un comportement sexiste, c'est-à-dire discriminant en raison du genre ;
- des propos ou avoir un comportement discriminatoire, en raison de l'origine réelle ou supposée, du genre, de l'état de santé, de l'état de grossesse, du handicap, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, de la religion...



Art.218 – L'utilisation des technologies de l'information et de la communication

Une charte définit les conditions d'utilisation d'internet, des réseaux et des services numériques au sein de l'établissement. Elle précise l'application du droit et le cadre légal afin de sensibiliser et de responsabiliser l'utilisateur. Cette charte précise les droits et obligations que le CHMN et l'utilisateur s'engagent à respecter.

La charte précise les droits et obligations des utilisateurs et l'engagement du Centre Hospitalier. Elle vise à promouvoir des comportements de vigilance et de sécurité et à renforcer la prévention d'actes illicites en amenant les utilisateurs à constamment s'interroger sur le caractère licite de leurs actes.

Elle comporte notamment le respect de la législation, les droits et les obligations de l'utilisateur, la disponibilité des services, le contrôle et la maintenance par le gestionnaire, la mise à jour des antivirus, l'utilisation des services internet et de la messagerie, et les différents contrôles (techniques et des pages Web hébergées sur les serveurs).

Art.219 – L'interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Cf. Art. R.1112-51 du Code de la santé Publique

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

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

Les personnels ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service, ni prendre des valeurs en dépôt.

Art.220 – L'information du supérieur hiérarchique

Tout personnel doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Art.221 – L'obligation de signalement des accidents médicaux, des affections iatrogènes, des infections nosocomiales ou des évènements indésirables associés à un produit de santé

Tout personnel de l'établissement qui a constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un évènement indésirable associé à un produit de santé ou autre est tenu d'en alerter sans délai le correspondant assurant au sein de l'établissement la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

De même, la Direction doit en être informée et notamment la Direction de la Qualité et des risques.

Art.222 – L'assiduité et ponctualité

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

Art.223 – Le respect des règles d'hygiène et de sécurité

La formation spécialisée, visée supra par le présent règlement, a notamment pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels de l'établissement, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises extérieures, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

Tous les personnels de l'établissement doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

Art.224 – L'exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément fondamental du respect dû aux patients. Une tenue et un langage corrects sont exigés de l'ensemble du personnel de l'établissement.

Art.225 – 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 unités de soins.

Art.226 – L'identification des personnels

Cf. Loi n° 2000-321, 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les Administrations, art. 4

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte ou au moyen de badges délivrés par l'établissement.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification établi dans un souci d'humanisation de l'établissement hospitalier et de meilleure sécurité de tous, sauf dérogation particulière accordée par le Directeur.

Ainsi, chaque agent doit s'identifier lorsqu'il est en relation directe (physique et/ou téléphonique) avec un patient et ses proches (nom, prénom, fonction, service).

Le personnel est invité à communiquer et à mettre à jour régulièrement ses coordonnées personnelles (postales et téléphoniques) à la Direction des ressources humaines.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles (associations de bénévoles) du présent règlement.

Art.227 – Les horaires de travail

Charte du temps de travail du Centre Hospitalier de Montluçon-Nérís-les-Bains (Ci-annexée)

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect des dispositions réglementaires et de la charte du temps de travail du personnel non médical, arrêtée au sein de l'établissement.

SECTION 3 : Droits et obligations des personnels

Art.228 – le droit d'expression directe et collective

Les personnels de l'établissement bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail, dans des conditions arrêtées par le directeur de l'établissement.

Art.229 – Le droit syndical

Loi n° 83-634, 13 juillet 1983, art. 8

L'article L.113-1 du CGFP mentionne que « le droit syndical est garanti aux agents publics, qui peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats ».

Le droit syndical est garanti à chaque agent hospitalier.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leurs opinions syndicales.

Aucune mention des opinions ou activités syndicales ne peut figurer au dossier d'un agent ou dans tout autre document administratif.

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

Les activités syndicales du personnel doivent se dérouler hors de la présence des patients, des résidents et de leurs familles et dans le cadre réglementaire prévu à cet effet.

Chaque organisation syndicale désigne librement, parmi ses représentants, les bénéficiaires des décharges de service. La liste en est communiquée au Directeur qui apprécie la compatibilité de la désignation avec la bonne marche de l'Etablissement. En cas de désaccord sur une désignation, le Directeur peut inviter l'organisation syndicale concernée à porter son choix sur un autre agent. La Commission Administrative Paritaire compétente est informée de cette décision.

L'affichage des informations syndicales s'effectue sur des panneaux prévus à cet effet et assurant la conservation des documents.

La distribution de documents d'origine syndicale est autorisée à l'intérieur de l'enceinte de l'Etablissement, hors des locaux réservés aux patients, résidents et usagers de l'Hôpital. Les agents assurant



la distribution des documents ne peuvent être en service ou doivent bénéficier d'une décharge d'activité syndicale.

Les organisations syndicales peuvent tenir des réunions dans l'enceinte de l'Etablissement, dans les locaux qui leur sont attribués ou sur autorisation d'usage de locaux de réunion accordée par le Directeur Délégué ou son représentant.

Les agents qui assistent à ces réunions ne sont pas en service, ou bénéficient d'une décharge de service ou de leur heure d'information syndicale mensuelle sous réserve des nécessités de service.

Des autorisations spéciales d'absence peuvent être obtenues pour assister à des congrès syndicaux, des formations ou séminaires sous réserve de leur validation par la Direction des Ressources Humaines qui vérifie la compatibilité de ces absences avec les nécessités du service.

Art.230 – L'accueil, l'information et l'intégration des nouveaux arrivants

Tout agent nouvellement nommé dans l'Hôpital, doit bénéficier d'une information relative à l'organisation, à la gouvernance, aux activités, aux modes de fonctionnement, aux instances représentatives et spécialisées, à l'organigramme du CHMN. Il doit être informé des droits et services auxquels il peut prétendre (inter et extra hospitalier : MNH ; CGOS par exemple) et des devoirs qui lui incombent.

A cet effet, il lui est remis un Livret d'Accueil indiquant notamment les modalités d'accès du présent règlement intérieur.

Une journée d'intégration est organisée de façon périodique pour accueillir les nouveaux arrivants.

Par ailleurs, dans le service où il est affecté, tout agent est en droit d'attendre de la part du responsable et de ses nouveaux collègues, un accueil ouvert, informatif et professionnel susceptible de garantir les conditions d'une intégration effective et réussie.

Art.231 – La liberté d'opinion et non-discrimination

Article L.111-1 du CGFP indique que « la liberté d'opinion est garantie aux agents publics ».

Cette liberté concerne tous les éléments constitutifs de la carrière. A ce titre, la tenue du dossier de l'agent, en retraçant la carrière, ne doit pas faire mention d'opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse.

Par ailleurs, l'article L.137-2 du CGFP précise qu'il « ne peut être fait état dans le dossier d'un agent public fonctionnaire, de même que dans tout document administratif, des opinions ou des activités politiques, syndicales, religieuses ou philosophiques de l'intéressé ».

La liberté d'opinion est garantie aux agents. Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être formulée à l'égard d'un agent, fonctionnaire ou non, en raison notamment de :

- Ses opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses,
- Son origine,
- Son orientation sexuelle,
- Son âge,
- Son patronyme,
- Son état de santé,

- Son apparence physique,
- Son sexe,
- Son handicap,
- Son appartenance à une ethnie.

Aucune mesure relative notamment, au recrutement, à la titularisation, à la formation, à la notation, à l'évaluation, à la discipline, à la promotion, à l'affectation et à la mutation d'un agent, ne peut être prise en considération du fait que :

- Il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés dans les articles 6 et suivants de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant Titre 1er du statut général des fonctionnaires,
- Il a formulé un recours auprès de son supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes,
- Il a témoigné d'agissements contraires à ces principes.

Art.232 – Le droit de grève

L'article L.114-1 du CGFP indique que « les agents publics exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent ».

Au sein de la Fonction publique hospitalière, tous les agents publics hospitaliers ont la possibilité de se déclarer grévistes sur la base d'un préavis conforme à la législation ainsi qu'à la réglementation.

Le caractère permanent du service public à l'hôpital justifie l'organisation d'un service minimum en cas de grève. Ce service minimum est destiné à garantir la continuité du service aux malades, le maintien de la sécurité physique des personnes, la continuité des prestations de soins et hôtelières et la conservation des installations et du matériel hospitalier.

Un délai de cinq jours francs doit être respecté entre le dépôt du préavis et le début de la grève.

Au sein de l'établissement, il existe un protocole de grève rappelant les dispositions de mise en œuvre et d'exercice du droit de grève.

La retenue de traitement pour jour de grève se fonde sur le constat d'absence du service fait. Le montant de la retenue est strictement proportionnel à la durée de l'absence.

Pour satisfaire à l'obligation de continuité du service public, le Directeur Délégué peut assigner des agents, jusqu'à atteindre l'effectif indispensable permettant d'assurer le fonctionnement des services dont l'activité ne peut être interrompue, la sécurité physique des personnes, la continuité des soins et des prestations hôtelières aux patients et la conservation des installations et du matériel. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

Art. 233 – L'égalité femme-homme

Loi n° 2023-623 du 19 juillet 2023 visant à renforcer l'accès des femmes aux responsabilités dans la fonction publique

Instruction N° DGOS/RH3/2021/180 du 5 août 2021 relative à la mise en place d'un référent Egalité au sein de la fonction publique hospitalière

Accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique du 30 novembre 2018

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leur sexe. Toutefois, des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes peuvent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

L'établissement dispose d'un Plan pluriannuel d'action sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est accessible via la Gestion documentaire disponible sur l'intranet de l'établissement.



Art.234 – La protection dans le cadre de violences sexuelles et/ou sexistes

Article 222-33-2 du code pénal

Article L 133-1 du code général de la fonction publique

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou l'évaluation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard d'un agent en prenant en considération le fait que :

- Il ait subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers ;
- Il ait formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Il ait témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les ait relaté.

Une procédure est mise en place au CHMN pour faire face aux situations de violence envers les personnels.

Art.235 – La protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral

Article 222-33-2-2 du code pénal

Article L 133-2 du code général de la fonction publique

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

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard d'un agent en prenant en considération le fait que :

- Il ait subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- Il ait formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- Il ait témoigné d'agissements contraires à ces principes et qu'il les ait relatés.

Une procédure est mise en place au CHMN pour faire face aux situations de violence envers les personnels.

Art.236 – La protection juridique

La circulaire interministérielle n° DGOS/RH4/DGCS/DGAFP/2024/3 du 29 mai 2024 relative à la protection fonctionnelle des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière, permet les modalités de mise en œuvre de cette disposition.

En synthèse de cette Circulaire, il est rappelé les éléments ci-dessous.

Le Code général de la fonction publique prévoit au chapitre IV du titre III du livre premier que l'administration a l'obligation légale de protéger son agent contre les attaques dont il fait l'objet à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou lorsque l'agent fait l'objet de poursuites pénales pour des faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

L'administration est également tenue de garantir son agent contre les condamnations civiles prononcées à son encontre, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions ne lui est pas imputable.

Les personnes sont donc protégées à raison de leur qualité d'agent public.

Ainsi, une agression qui n'a aucun lien avec les fonctions exercées par l'agent ou qui n'a pas été commise à raison de la qualité de l'agent ne peut donner lieu à protection. Il faut donc nécessairement que l'attaque subie par l'agent ou sa mise en cause présente un lien direct de causalité avec les fonctions exercées par l'intéressé.

Une procédure est mise en place au CHMN pour faire face aux situations de violence envers les personnels.

Art.237 – L'accès au dossier individuel

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Tout agent bénéficie d'un droit d'accès à son dossier individuel, à la condition de respecter la procédure de consultation fixée par la Direction des Ressources Humaines (demande manuscrite, accompagnement d'une personne de son choix, contrôle d'un agent de la DRH nommé désigné). Le dossier du fonctionnaire doit comporter toutes les pièces intéressant la situation administrative de l'intéressé, enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité.

En vertu du secret médical, en dehors des situations d'accident du travail ou de maladie professionnelle, aucune information sur la santé du professionnel ne doit figurer dans son dossier administratif. Seules les suites administratives de l'état de santé peuvent apparaître dans le dossier

Le CHMN a recours aux traitements automatisés d'informations nominatives dans le cadre de la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, le dossier du fonctionnaire peut être géré sur support électronique s'il présente les garanties prévues par les alinéas précédents.

Indépendamment du droit d'accès à son dossier individuel, chaque agent dispose du droit d'accès aux informations nominatives le concernant dans les conditions définies par les actes réglementaires publiés pour chacun des traitements mis en œuvre dans l'hôpital. Il peut demander la rectification des erreurs ou manques constatés.

Art.238 – Le droit de retrait et le droit d'alerte

Art. L. 4131-1 à L. 4132-5 (droit d'alerte et de retrait) et art. L. 4133-1 à L. 4133-4 (droit d'alerte et de retrait en matière de santé publique et d'environnement) du Code du Travail

Circulaire DH/SD n° 311 du 8 décembre 1989 relative aux CHSCT des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Tout agent qui a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent doit alerter immédiatement son supérieur hiérarchique et dispose du droit de se retirer de cette situation de travail jusqu'au rétablissement de la situation normale.

Le droit de retrait est exercé de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent.

Le représentant du personnel au Comité social d'établissement, qui constate, notamment par l'intermédiaire d'un professionnel, qu'il existe un danger grave et imminent, en informe immédiatement la Direction selon la procédure prévue. Celle-ci procède immédiatement à une enquête, s'il y a lieu avec le représentant du personnel au Comité social d'établissement, qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. Le Comité social d'établissement est informé des décisions prises.

Aucune sanction et aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un agent ou d'un groupe d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail qui présentait un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé.



Art.239 – La maladie, l'accident du travail

L'agent doit prévenir au plus tôt le supérieur hiérarchique du service ou son remplaçant de son absence, en dehors du temps de présence de celui-ci, le cadre de garde, d'astreinte ou l'administrateur de garde. L'agent doit également dans les 48h envoyer l'arrêt de travail à la DRH.

Pour toute absence, l'agent doit fournir un arrêt de travail sinon il sera placé en absence injustifiée avec une retenue sur la rémunération.

Pour l'accident du travail :

Déclaration obligatoire dans un délai de 24h pour les agents contractuels.

Les agents titulaires et stagiaires ne dépendent pas de la sécurité sociale contrairement aux professionnels contractuels et doivent déclarer dans les 15 jours leur accident de travail à l'appui d'un certificat médical initial.

Dans tous les cas, la déclaration d'accident du travail est à faire auprès du secteur DRH absentéisme.

Art.240 – Le droit à la formation

L'article L.115-4 du CGFP rappelle que : « le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux agents publics ».

Les modalités d'application de ce droit sont définies dans la procédure d'élaboration du Plan de formation (validée en CSE du 1er octobre 2024) qui est accessible au sein de la Gestion documentaire (GED) via l'intranet de l'établissement.

Art.241 – La discipline

Articles L.530-1 et suivants du Code Général de la Fonction Publique

Décret n°89-822 du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière

Toute faute commise par un professionnel dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par le Code pénal et les codes de déontologie.

Notamment, le professionnel qui contreviendrait aux dispositions du présent règlement intérieur, et plus généralement à celles du Code général de la fonction publique, est susceptible d'être sanctionné disciplinairement.

Aucune procédure disciplinaire ne peut être engagée au-delà d'un délai de trois ans à compter du jour où l'administration a eu une connaissance effective de la réalité, de la nature et de l'ampleur des faits passibles de sanction. Passé ce délai de trois ans et hormis le cas où une autre procédure disciplinaire a été engagée à l'encontre de l'agent avant l'expiration de ce délai, les faits en cause ne peuvent plus être invoqués dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

En cas de poursuites pénales exercées à l'encontre du professionnel, ce délai est interrompu jusqu'à la décision définitive de classement sans suite, de non-lieu, d'acquiescement, de relaxe ou de condamnation.

Art. 242 – La suspension

Articles L.531-1 et suivants du Code Général de la Fonction Publique

Décret n° 2022-820 du 16 mai 2022 modifiant les dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière

En cas de faute grave commise par un professionnel, qu'il s'agisse d'un manquement à ses obligations professionnelles ou d'une infraction de droit commun, l'auteur de cette faute peut être suspendu par le Directeur Délégué.

L'agent contractuel qui n'est pas rétabli dans ses droits en raison des poursuites pénales peut subir une retenue de sa rémunération qui ne peut être supérieure à la moitié de celui-ci.

Le fonctionnaire suspendu conserve son traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et les prestations familiales obligatoires. Sa situation doit être définitivement réglée dans le délai de quatre mois. Si, à l'expiration de ce délai, aucune décision n'a été prise par l'autorité ayant pouvoir disciplinaire, l'intéressé, sauf s'il est l'objet de poursuites pénales, est rétabli dans ses fonctions. Le fonctionnaire qui, en raison de poursuites pénales, n'est pas rétabli dans ses fonctions peut subir une retenue qui ne peut être supérieure à la moitié de la rémunération mentionnée à l'alinéa précédent. Il continue, néanmoins, à percevoir la totalité des prestations familiales obligatoires.

Art.243 – La liberté d'expression

Précisé à l'article L.111-2 du CGFP, celui-ci ne vise que deux catégories d'agent public :

- l'agent public candidat ou élu à des élections « politiques » : « La carrière ou le parcours professionnel de l'agent public candidat ou élu à une fonction publique élective ou à l'Assemblée des Français de l'étranger ou membres du Conseil économique, social et environnemental, ne peut être affecté ou influencé en aucune manière par les opinions, positions ou votes émis au cours de sa campagne électorale ou de son mandat ».

- l'agent public élus au titre d'un organisme « professionnel » : « De même, la carrière ou le parcours professionnel de l'agent public siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'il y a prises ».

Art.244 – Le droit à la rémunération

Le 1^{er} chapitre du livre VII du CGFP fixe le principe de la rémunération après service fait dans ses articles L.711-1 et L.711-2.

Ainsi, l'article L.711-1 explique que « la rémunération des agents publics exigible après service fait est liquidée selon les modalités édictées par la réglementation sur la comptabilité publique ».

L'article L.711-2 apporte des précisions sur la notion de service fait :

« Il n'y a pas service fait :

1° Lorsque l'agent public s'abstient d'effectuer tout ou partie de ses heures de service ;

2° Lorsque l'agent, bien qu'effectuant ses heures de service, n'exécute pas tout ou partie de ses obligations de service ».

Une journée d'absence non justifiée où l'agent ne fait pas du tout de service donne lieu à une retenue sur le traitement, calculée sur un trentième de la rémunération mensuelle. Le directeur a, dans cette hypothèse, compétence liée du fait du versement de la rémunération selon les trentièmes.

En cas de grève, et en cas d'absence inférieure à la journée, elle donne lieu à une retenue proportionnée à la durée de la grève.

Sur la base de l'absence de service fait, un agent hospitalier placé en détention provisoire n'a pas droit au versement de sa rémunération car il n'a pas effectué de service, tout comme un fonctionnaire incarcéré ou sous le coup d'une mesure d'interdiction d'occuper un emploi public.
L'abus de retrait d'un agent d'un danger grave et imminent conduit aussi à une retenue.

Art.245. Le droit aux congés annuels

L'article L.621-1 du CGFP expose que : « *Le fonctionnaire en activité a droit à un congé annuel avec traitement* ».

Un agent en position d'activité toute l'année a droit à un congé annuel d'une durée égale à 5 fois ses obligations hebdomadaires de service soit 25 jours ouvrés. Cette durée est proportionnelle aux obligations de service pour les agents qui exercent leurs fonctions à temps partiel, c'est à dire que le décompte des droits à congés se fait au prorata du pourcentage de travail.

Aucune fraction de congés ne doit être supérieure à 31 jours.

Un agent chargé de famille bénéficie, autant que possible, d'une priorité pour le choix des périodes de congés.

La période de suspension ne correspond pas à du service accompli et n'ouvre donc pas droit à congés annuels.

Les modalités d'organisation des congés annuels sont fixées dans la Charte du temps de travail du personnel non médical de l'établissement accessible au sein de la Gestion documentaire (GED) via l'intranet de l'établissement.

Art.246 – L'obligation de désintéressement

L'article L.121-4 du Code général de la fonction publique indique que « *l'agent public veille à prévenir ou à faire cesser immédiatement les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il [...] pourrait se trouver* ». Au sens de l'article L.121-5 du CGFP, « *constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions de l'agent public* ».

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

Art.247 – L'interdiction d'exercer une activité privée lucrative

L'article L.123-1 du Code général de la fonction publique reprend la formulation préexistante dans le statut général selon laquelle « l'agent public ne peut exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit » mais ajoute réserve des dispositions des articles L.123-2 à L.123-8 du même code relatif aux activités soumises à déclaration ou autorisation.

Dès lors, les personnels de l'établissement sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls.

L'établissement dispose de formulaires de demande d'autorisation d'exercice de cumul d'activité accessibles à l'ensemble de l'établissement par la Gestion documentaire via l'intranet.

Art.248 – L'obligation de dignité, impartialité, intégrité et probité

Selon l'article L.121-1 du Code générale de la fonction publique, « *l'agent public exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité* ». Ces obligations sont des valeurs transversales et relèvent du

savoir-être déontologique, elles concernent tant l'obligation de servir de l'agent public que ses relations avec l'administration et avec les tiers.

Art.249 – L'obligation de neutralité

L'article L.121-2 du Code général de la fonction publique rappelle que « *dans l'exercice de ses fonctions, l'agent public est tenu à l'obligation de neutralité* ».

Elle est une limite à la liberté d'opinion et d'expression de l'agent public en tant qu'elle lui interdit de pouvoir, au titre de ses convictions, nuire ou créer un préjudice, par ses paroles, son action ou son inaction, d'une part, aux usagers du service public auxquels doit être assuré le très strict respect de l'égalité et, d'autre part, à son administration. Outre des sanctions disciplinaires, les manquements à ces obligations peuvent entraîner, le cas échéant, des sanctions pénales.

Art.250 – L'obligation de laïcité

Ce principe a un aspect miroir traduit dans les deux derniers alinéas de l'article L.121-2 du Code général de la fonction publique : pour son compte, l'agent public « *s'abstient notamment de manifester ses opinions religieuses* » et, vis-à-vis des autres, « *il respecte leur liberté de conscience* ». A l'hôpital, la laïcité s'impose dans le cadre de la charte de la personne hospitalisée : « *L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies* »³.

Ce principe fait obstacle à ce que le fonctionnaire ou l'agent public puisse manifester, dans le cadre du service public, ses croyances religieuses, expressément, mais aussi par le port de signes destinés à marquer l'appartenance à une religion.

Art.251 – L'obligation d'obéissance

L'obligation d'obéissance de l'agent hospitalier est définie à l'article L.121-10 du CGFP : « *l'agent public doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public* ».

Les agents publics, dans ce cadre, sont tenus d'exécuter tant les prescriptions globales, collectives (notes de service, par exemple) que les ordres qui les concernent individuellement et qui peuvent émaner de l'autorité ayant pouvoir de nomination (dans le cadre de leur gestion administrative, par exemple) ou de leur responsable hiérarchique direct (dans le service). Le fait que le grade « confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent »⁴ ne fait pas obstacle à ce que puissent lui être confiées des tâches ne relevant pas de son grade exceptionnellement⁵.

En particulier, en cas d'urgence, et spécifiquement pour la fonction publique hospitalière, l'article L.512-5 du CGFP dispose : « *le fonctionnaire hospitalier en activité ayant reçu l'ordre d'exécuter en situation d'urgence le travail d'un autre fonctionnaire empêché ne peut s'y soustraire pour le motif que ce travail n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application du présent article ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives* ».

Cet article a pour but de permettre un fonctionnement continu du service, essentiel dans la plupart des activités à l'hôpital.

³ Charte relative à la personne hospitalisée et Circulaire DHOS/EI/DGS/SDIB/SDI C/SD4A/2006/90 du 02 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées

⁴ Article L.411-5 du CGFP

⁵ CE 21 juillet 1995, n°115332



Un agent public ne peut se soustraire à cette obligation quand bien même il estime que les responsabilités qui lui sont confiées ne correspondent pas à ses compétences⁶ ou à l'aménagement médicalement prescrit de son temps de travail⁷ ou ne relèvent pas de son grade⁸.

Cette désobéissance peut prendre des formes variées : refus d'exécuter les tâches, de rejoindre son poste, remise en cause de manière outrancière des directives⁹, refus de porter un équipement de sécurité et d'effectuer tout travail¹⁰ ...

Le manquement à l'obligation d'obéissance expose l'agent public à des sanctions disciplinaires qui doivent être proportionnées aux faits incriminés¹¹ et qui peuvent entraîner le licenciement lorsque « *l'insubordination est manifeste et croissante* »¹² ou que « *le refus d'obtempérer est persistant* »¹³.

Le Juge justifie que soient sanctionnés, comme manquements à l'obligation de respect hiérarchique, des propos irrespectueux¹⁴ ou irrévérencieux¹⁵, des comportements impertinents¹⁶, une attitude arrogante, « *la persistance d'un comportement d'hostilité incompatible avec le devoir de respect de la hiérarchie qui s'impose à un fonctionnaire* »¹⁷ ; « *le comportement souvent outrancier, excessif et perpétuellement contestataire ne saurait être admissible, dès lors qu'il n'appartient pas à un agent de s'opposer de manière systématique aux ordres de ses supérieurs en faisant preuve à leur encontre d'insubordination* »¹⁸.

L'agent peut être sanctionné même si l'ordre est illégal dès lors qu'il n'est pas simultanément de nature à compromettre gravement un intérêt public (CAA Paris, 06 octobre 1998, n°96PA04452). Les deux exigences doivent en effet être réunies pour exonérer l'agent de son obligation.

Art.252 – L'obligation de loyauté

Cette obligation concerne les agents publics et le Juge reconnaît le caractère fautif de pratiques déloyales dans l'exécution de fonctions¹⁹.

L'échange de propos injurieux à l'égard de la hiérarchie entre collègues sur des réseaux sociaux est un manquement à l'obligation de loyauté, sanctionnable, sans que puisse être invoqué le respect de la vie privée et du secret des correspondances²⁰.

La Cour de cassation a considéré, à titre d'exemple, que des propos insultants pour les collègues et la hiérarchie, des critiques virulentes en lien avec l'exercice professionnel, échangées avec une collègue par messagerie, étaient constitutifs d'une exécution déloyale du contrat de travail²¹.

Art.253 – L'obligation de formation

L'article L.421-6 du CGFP rappelle que « *l'agent public peut être tenu de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par son statut particulier ou par les règles qui lui sont applicables* ».

⁶ CAA Lyon, 18 mai 2010, n°08LY00904 ; CE, 23 septembre 2013, n°350909

⁷ CAA Marseille, 30 novembre 2010, n°08MA04212

⁸ CAA Bordeaux, 12 décembre 2006, n°04BX00049

⁹ CAA Bordeaux, 03 octobre 2017, n°16BX01830 ; CAA Marseille, 28 février 2017, n°16MA02270

¹⁰ CAA Paris, 11 février 2021, n°18PA03954

¹¹ CAA Bordeaux, 19 février 1996, n°95BX00038 ; CAA Bordeaux, 18 juillet 2006, n°03BX00933 ; CAA Nancy, 8 janvier 2009, n°07NC01270 ; CAA Douai, 19 février 2009, n°08DA01126

¹² CAA Paris, 7 juin 2016, n°15PA03010 ; CAA Bordeaux, 26 avril 2016, n°14BX02674 ; CAA Paris, 6 juin 2000, n°96PA04412

¹³ CAA Nantes, 16 novembre 2001, n°99NT01023 ; CAA Versailles, 08 avril 2008, n°07VE00088 ; CAA Versailles, 03 novembre 2016, n°15VE04053

¹⁴ CAA Nantes, 28 juin 2002, n°00NT00186

¹⁵ CAA Marseille, 20 avril 2010, n°08MA02645

¹⁶ CE, 15 mai 2009, n°311151

¹⁷ CAA Nancy, 27 mai 1990, n°09NC01387

¹⁸ CAA Nancy, juin 2006, n°04NC00679

¹⁹ CAA Bordeaux, 03 février 2014, n°13BX00238

²⁰ CAA Nancy, 22 septembre 2016, n°15NC00771 (voir dans le même sens Cour de Cassation, Chambre criminelle, 12 septembre 2018, n°16-11690 : des propos injurieux contre son employeur sur un réseau social restreint à quatorze personnes ont bien un caractère public

²¹ Cour de Cassation, Chambre sociale, 9 septembre 2020, n°18-20489



CHAPITRE IV - Dispositions finales

Section 1 : Procédure d'approbation du règlement intérieur

Section 2 : Procédure de modification du règlement intérieur

SECTION 1- Procédure d'approbation du règlement intérieur

Art.254 – L'adoption du règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par le Directeur après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Social d'Etablissement du Conseil de Surveillance.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico - Techniques (CSIRMT) en est informée. Le règlement intérieur est transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé et à l'Inspection du Travail.

Art.255 – L'opposabilité du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur s'impose sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier de Montluçon – Nérís-les-Bains, et notamment de formation.

Il s'impose à l'ensemble des membres du personnel du CH, étudiants ou stagiaires intervenants au sein du CH, ainsi qu'aux usagers du service public (patient, résident), aux accompagnants des usagers (familles, proches, visiteurs) et à tous les intervenants extérieurs au CH dans le cadre d'une mission ponctuelle.

Le non-respect ou la violation délibérée des dispositions de ce règlement intérieur pourra donner lieu à des poursuites (pénales, civiles, ordinales ou disciplinaires) à l'égard de son auteur.

Art.256 – La mise à disposition et communication du règlement intérieur

➤ S'agissant des usagers ou tiers :

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne qui le souhaite, laquelle peut le consulter en adressant sa demande à la Direction du CH de Montluçon – Nérís-les-Bains. Elle peut également le consulter sur le site internet du CH.

➤ S'agissant des agents :

Le règlement intérieur est à la disposition du personnel dans la base documentaire du site intranet de l'établissement.

Le présent document sera publié sur l'Intranet de l'établissement et sur son site internet.

Il sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Auvergne-Rhône-Alpes



SECTION 2 - Procédure de modification du règlement intérieur

Art.257 – La procédure de modification

Les dispositions du présent règlement intérieur sont susceptibles d'être actualisées et révisées en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites à l'article 232 (adoption du règlement intérieur) ci-dessus.

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Charte de la personne hospitalisée.....	123
<u>Annexe 2</u> : Charte de l'enfant hospitalisé.....	123
<u>Annexe 3</u> : Charte du WIFI public.....	125
<u>Annexe 4</u> : Charte hôpital sans tabac.....	126
<u>Annexe 5</u> : Charte de la laïcité dans les services publics.....	127
<u>Annexe 6</u> : Charte Marianne.....	128

Annexe 1 : Charte de la personne hospitalisée

 <p>Centre Hospitalier Montluçon Direction des Affaires Générales</p>	<p align="center">CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE</p> <p align="center">Cirulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée</p>	<p>Document n° OPC/D/11-001 (V1)</p>
<p align="center">Principes généraux</p>		
 <p>1</p>	<p>Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.</p>	
 <p>2</p>	<p>Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.</p>	
 <p>3</p>	<p>L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.</p>	
 <p>4</p>	<p>Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.</p>	
 <p>5</p>	<p>Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.</p>	
 <p>6</p>	<p>Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.</p>	
 <p>7</p>	<p>La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.</p>	
 <p>8</p>	<p>La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.</p>	
 <p>9</p>	<p>Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.</p>	
 <p>10</p>	<p>La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.</p>	
 <p>11</p>	<p>La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.</p>	
<p>OPC/D/11-001 (V1)</p>	<p align="center">Droits des Patients et Affaires Juridiques</p>	<p align="right">Janvier 2011</p>

Annexe 2 : Charte de l'enfant hospitalisé

 <p>centre hospitalier montluçon Direction des Affaires Générales</p>	<p>CHARTRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ</p>	<p>Document n° OPC/D/11-002 (V1)</p>	
			
<p>1</p> 	<p>L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.</p>		
	<p>2</p> 	<p>Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.</p>	
<p>3</p> 	<p>On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.</p>		
	<p>4</p> 	<p>Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.</p>	
<p>5</p> 	<p>On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.</p>		
	<p>6</p> 	<p>Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.</p>	
<p>7</p> 	<p>L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.</p>		
	<p>8</p> 	<p>L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.</p>	
<p>9</p> 	<p>L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.</p>		
	<p>10</p> 	<p>L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.</p>	
<p>Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986. Cirulaire: du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.</p>			
<p>OPC/D/11-002 (V1)</p>	<p>Droits des Patients et Affaires Juridiques</p>	<p>Janvier 2011</p>	

Annexe 3 : Charte du WIFI public



**CHARTRE REGISSANT L'USAGE DE L'ACCES GRATUIT A INTERNET SANS FIL,
LEDIT WIFI PUBLIC DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUÇON-NERIS LES BAINS**

Préambule

Le Centre hospitalier de Montluçon-Nérès Les Bains offre à ses patients et proches, la possibilité de se connecter gratuitement à Internet via WIFI.

La présente charte définit les conditions générales d'utilisation de cette connexion Internet, en rappelant l'application du droit et en précisant le cadre légal afin de sensibiliser et de responsabiliser l'utilisateur. Cette charte précise les droits et obligations que le Centre hospitalier de Montluçon-Nérès Les Bains et l'utilisateur s'engagent à respecter et notamment les conditions et les limites d'éventuels contrôles portant sur l'utilisation des services proposés.

Elle vise à promouvoir des comportements de vigilance et de sécurité et à renforcer la prévention d'actes illicites en amenant les utilisateurs à constamment s'interroger sur le caractère licite de leurs actes.

Article 1 - Respect de la législation

Chaque utilisateur est juridiquement responsable de l'usage qu'il fait de la connexion. Il s'engage à respecter les lois et réglementations en vigueur ainsi que les règles de déontologie informatique et notamment à faire un usage strictement personnel de son code d'accès.

Toute utilisation contraire à la loi est interdite et susceptible d'entraîner des sanctions et poursuites pour son auteur.

A ce titre, l'utilisateur devra respecter, sans que cette liste ait un caractère exhaustif, les règles relatives :

- à la vie privée de toute personne et à son respect;
- au Code de la propriété intellectuelle et artistique ;
- aux traitements automatisés de données nominatives;
- au respect des règles d'ordre public en matière de contenu des informations qui seraient susceptibles d'être mises en ligne sur le réseau Internet portant atteinte à l'intégrité ou à la sensibilité des utilisateurs du réseau par accès à des messages, images ou textes provocants. A titre d'information, il est précisé que l'accès Wi-Fi du Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès Les Bains est sécurisé par un outil de filtrage systématique de type « contrôle parental » et, par conséquent, certains sites sont inaccessibles.
- au secret des correspondances et à l'interdiction d'interception des communications émises par la voie des télécommunications.

Article 2 – Droits de l'utilisateur

- A) L'utilisateur bénéficie d'un accès aux services proposés par le Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès Les Bains dans le cadre et les limites définies par celle-ci. Le Centre Hospitalier de Montluçon-Nérès Les Bains fait bénéficier à l'utilisateur d'un accès aux services proposés après acceptation de la présente charte. Cet accès peut être soumis à une identification préalable de l'utilisateur, qui dispose alors d'un compte d'accès personnel aux ressources et services numériques proposés, constitué d'un identifiant et d'un mot de passe strictement personnels et confidentiels. Leur usage ne peut en aucun cas être cédé à un tiers à quelque titre que ce soit. L'utilisateur est responsable de leur conservation et s'engage à ne pas les divulguer et à ne pas s'approprier ceux d'un autre utilisateur.
- B) Le compte d'accès donne à l'utilisateur un droit d'accès aux services mis à sa disposition. Ce droit d'accès est personnel, incessible et temporaire. Il disparaît dès lors que son titulaire ne répond plus aux critères d'attribution. Ce droit d'accès peut être suspendu à tout moment, dès lors qu'est supposé un manquement aux dispositions de la présente charte par l'utilisateur.
- L'utilisateur donne expressément son consentement pour que les données à caractère personnel le concernant soient collectées dans le cadre de l'ouverture du compte d'accès. Ces données ne seront utilisées que pour les finalités de cette inscription.

Annexe 4 : Charte hôpital sans tabac



CHARTRE HÔPITAL SANS TABAC

- 1 Mobiliser les décideurs et sensibiliser tous les personnels.
Informers les usagers.
- 2 Mettre en place un comité de prévention du tabagisme,
définir la stratégie et coordonner les actions.
- 3 Mettre en place un plan de formation des personnels
et les former à l'abord du fumeur.
- 4 Etablir un plan d'aménagement des zones fumeurs à distance
des lieux de soins et d'accueil.
- 5 Adopter une signalétique appropriée :
panneaux, affiches, etc ...
- 6 Supprimer toute incitation au tabagisme
(suppression des cendriers).
- 7 Organiser des manifestations de sensibilisation.
Renouveler les campagnes d'information.
- 8 Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée
du fumeur dépendant.
- 9 Assurer un suivi, se doter des moyens d'évaluation.
- 10 Convaincre d'abord, contraindre si besoin.

DÉCEMBRE 96 RÉSEAU HÔPITAL SANS TABAC

Annexe 5 : Charte de la laïcité dans les services publics

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.
Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifester ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

Annexe 6 : Charte Marianne



Charte Marianne

**Pour un meilleur
accueil**



- 1 Un accès plus facile à nos services
- 2 Un accueil attentif et courtois
- 3 Une réponse compréhensible à vos demandes dans un délai annoncé
- 4 Une réponse systématique à vos réclamations
- 5 À votre écoute pour progresser

Nous prenons **5 engagements** pour mieux vous **servir**

Pour tous renseignements connectez vous à
www.chartemarianne.gouv.fr

L'État et ses services publics

exerceront leurs missions en veillant à assurer à tous égaux, transparence et accessibilité.

Vous avez droit à un accueil de qualité, et nous prenons une série d'engagements pour mieux vous accueillir.

1 Un accès plus facile à nos services

- Nous vous orientons vers le bon interlocuteur.
- Nous vous simplifions l'accès à nos locaux : accueil dans le hall d'entrée du service.
- Nous facilitons l'accomplissement des démarches pour les personnes à mobilité réduite.
- Nous nous rendons plus facilement disponibles pour un accueil sur rendez-vous. Un rendez-vous peut être organisé lors des permanences des Architectes des Bâtiments de France prévues à cet effet. Des permanences se tiennent en mairie dans certaines communes pour être plus proches de vous.
- Sur le site : www.culture.gouv.fr vous trouverez toutes les informations nécessaires pour l'accomplissement de vos démarches.
- Vous pouvez solliciter des renseignements à l'adresse suivante : sf4a.bouches-du-rhone@culture.gouv.fr

2 Un accueil attentif et courtis

- Nous vous donnons le nom de votre interlocuteur.
- Nous nous efforçons de vous informer en termes simples et compréhensibles. Nous mettons à votre disposition des dépliants sur les missions du service.
- Nous ne vous demandons aucun document qui ne soit indispensable au traitement de votre dossier.
- Nous facilitons la constitution de vos dossiers en vous apportant des informations claires et complètes. En cas de besoin, nous vous aidons à accomplir vos démarches.
- Nous vous accueillons en toute confidentialité.

3 Une réponse compréhensible à vos demandes dans un délai annoncé

- Nous sommes attentifs à la lisibilité et à la clarté de nos courriers et de nos formulaires.
- Nous apportons à vos courriers, dans le délai maximum de 10 jours :
 - soit une lettre d'attente (ou réponse téléphonique) comportant les coordonnées de la personne chargée de suivre le dossier et indiquant le délai dans lequel il vous sera répondu ;
 - soit une réponse définitive.

4 Une réponse systématique à vos réclamations

- Nous vous informons sur les moyens de formuler vos réclamations. Nous leur apportons une réponse dans les meilleurs délais. Un cahier de réclamations et suggestions est à votre disposition à l'accueil du service.
- Vous avez la possibilité de contacter Mme Béatrice Nodot-Maero, chargée des relations avec les usagers de notre service. Vous pouvez la contacter au : 04 91 90 42 43.

5 A votre écoute pour progresser

- Nous vous interrogeons régulièrement sur vos attentes et votre satisfaction concernant la qualité de notre accueil.
- Nous mesurons les résultats des actions d'amélioration que nous mettons en place.
- Nous vous informons des résultats de ces évaluations et des progrès accomplis.

6 Dans un délai maximum de 72 heures, hors week-end, vous recevrez une réponse à vos courriers électroniques

sf4a.bouches-du-rhone@culture.gouv.fr

- Nous répondons à tous vos appels téléphoniques de : **9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17 h00.**

En cas d'absence de votre interlocuteur, vous pouvez laisser un message et vous serez rappelé.

