



**CENTRE
HOSPITALIER**
Carcassonne

**Règlement intérieur du
centre hospitalier de Carcassonne**

SOMMAIRE

| | |
|--|--------|
| 1 - Pourquoi un règlement intérieur ? | P : 5 |
| 2 - Présentation du centre hospitalier de Carcassonne | P : 6 |
| 3 - L'organisation administrative du centre hospitalier de Carcassonne | P : 8 |
| 3.1 Missions et organisation du centre hospitalier | P : 8 |
| 3.2 La direction | P : 10 |
| 3.2.1 Le directeur, chef d'établissement | P : 10 |
| 3.2.2 Le conseil exécutif | P : 10 |
| 3.2.3 Le règlement intérieur du conseil exécutif | P : 11 |
| 3.3 Le conseil d'administration | P : 11 |
| 3.4 Les principaux organes consultatifs du centre hospitalier | P : 13 |
| 3.4.1 La commission médicale d'établissement | P : 13 |
| 3.4.2 Le comité technique d'établissement | P : 17 |
| 3.4.3 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail | P : 19 |
| 3.5 Les autres organes consultatifs spécialisés | P : 20 |
| 3.5.1 Les commissions administratives paritaires locales | P : 20 |
| 3.5.2 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques | P : 21 |
| 3.5.3 La commission de la permanence des soins | P : 24 |
| 3.5.4 La commission des admissions et des consultations non programmées | P : 24 |
| 3.5.5 La commission d'appel d'offres | P : 25 |
| 3.5.6 La commission dite du « collège de l'information médicale » | P : 25 |
| 3.5.7 La commission de l'activité libérale | P : 26 |
| 3.5.8 La commission des relations avec les usagers et de la prise en charge | P : 26 |
| 3.5.9 La commission de formation | P : 27 |
| 3.5.9.1 La commission de lutte contre la violence | p : 27 |
| 3.5.10 La sous-commission des investissements bio-médicaux | P : 28 |
| 3.5.11 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) | P : 28 |
| 3.5.12 Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) | P : 29 |
| 3.5.13 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) | P : 30 |
| 3.5.14 Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles | P : 31 |
| 3.5.15 Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance | P : 32 |
| 3.5.16 Le comité de matériovigilance | P : 33 |
| 3.5.17 Le comité de radioprotection | P : 35 |
| 4 - L'organisation médicale du centre hospitalier de Carcassonne | P : 37 |
| 4.1 L'organisation en pôles d'activité | P : 37 |
| 4.2 Les pôles d'activité | P : 38 |
| 4.3 Le règlement intérieur de pôle | P : 41 |
| 4.4 Le corps médical | P : 41 |
| 4.4.1 Les praticiens à temps plein | P : 41 |
| 4.4.2 Les praticiens à temps partiel | P : 42 |
| 4.4.3 Les assistants des hôpitaux | P : 42 |

| | |
|--|--------|
| 4.4.4 Les praticiens attachés | P : 42 |
| 4.4.5 Les praticiens contractuels | P : 43 |
| 4.4.6 Les internes et résidents | P : 43 |
| 4.4.7 Les faisant fonction d'interne | P : 44 |
| 4.4.8 Les pharmaciens | P : 45 |
| 4.4.9 Les chefs de service | P : 45 |
| 4.4.10 Les sages-femmes | P : 45 |
| 4.5 L'organisation du temps de travail médical et la continuité des soins | P : 46 |
| 4.5.1 L'activité libérale | P : 51 |
| 4.5.2 L'activité d'intérêt général | P : 52 |
| 4.5.3 Indemnités et allocations des personnels médicaux | P : 52 |
| 5 - Le patient au centre de nos préoccupations | P : 54 |
| 5.1 La protection et les droits fondamentaux du patient | P : 54 |
| 5.1.1 La liberté d'aller et venir | P : 54 |
| 5.2 Les chartes des droits et libertés des patients | P : 55 |
| 5.2.1 La charte de la personne hospitalisée | P : 55 |
| 5.2.2 La charte de l'enfant hospitalisé | P : 56 |
| 5.2.3 La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante | P : 57 |
| 5.2.4 Le livret d'accueil | P : 58 |
| 5.2.5 Le rôle et la composition de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge | P : 58 |
| 5.2.6 La gestion des plaintes des patients | P : 60 |
| 5.3 La personne de confiance | P : 61 |
| 5.4 Les directives anticipées en fin de vie | P : 61 |
| 5.5 La fin de vie | P : 63 |
| 5.6 L'obligation d'information du patient | P : 63 |
| 5.7 L'accès au dossier médical | P : 65 |
| 5.8 Le service de l'information médicale | P : 68 |
| 5.9 Le secret professionnel | P : 69 |
| 5.10 Le cas particulier du signalement | P : 71 |
| 5.11 Le respect de l'anonymat à l'hôpital | P : 73 |
| 5.12 La prise en charge de la douleur des patients | P : 74 |
| 5.13 La lutte contre le tabagisme | p : 76 |
| 6 - Dispositions relatives aux hospitalisés et aux consultants externes | P : 77 |
| 6.1 L'accès aux soins | P : 77 |
| 6.2 L'accueil du patient | P : 77 |
| 6.3 Les formalités d'admission | P : 77 |
| 6.4 L'admission en urgence | P : 78 |
| 6.5 L'admission d'un mineur | P : 78 |
| 6.6 L'admission d'un majeur protégé | P : 80 |
| 6.7 L'admission d'une personne en situation de précarité | P : 81 |
| 6.8 L'admission d'un ressortissant étranger | P : 82 |
| 6.9 L'admission d'une personnalité | P : 82 |
| 6.10 L'admission d'un militaire | P : 83 |
| 6.11 L'admission d'une personne en état d'ébriété | P : 83 |
| 6.12 L'admission d'un patient toxicomane | P : 83 |

| | |
|---|---------|
| 6.13 L'admission d'un blessé par arme | P : 84 |
| 6.14 L'admission d'un détenu | P : 84 |
| 6.15 Le refus d'hospitalisation | P : 84 |
| 6.16 L'impossibilité d'admission | P : 85 |
| 6.17 Le don de corps | P : 85 |
| 6.18 Les décès | P : 86 |
| 6.19 La gestion des biens déposés par les patients | P : 88 |
| 6.20 Les principales formalités administratives et informations liées aux hospitalisations et consultations | P : 91 |
| 7 - Les principaux outils de management de l'établissement | P : 100 |
| 7.1 Le projet d'établissement | P : 100 |
| 7.2 La contractualisation | P : 100 |
| 7.2.1 La contractualisation externe | P : 100 |
| 7.2.2 La contractualisation interne | P : 100 |
| 7.3 Les gardes de direction | P : 101 |
| 7.4 L'évaluation | P : 101 |
| 8 - Dispositions relatives aux personnels | P : 102 |
| 9 - Règles de sécurité, de stationnement et de circulation dans le centre hospitalier | P : 106 |
| 10 - Dispositions diverses | P : 108 |
| 10.1 Approbation et modification du règlement intérieur | P : 108 |
| 10.2 Mise à disposition du règlement intérieur | P : 108 |

1 - POURQUOI UN REGLEMENT INTERIEUR

(décret N°74-27 du 14 janvier 1974 - décret N°2003-462 du 21 mai 2003. C.S.P)

Le règlement intérieur des établissements de santé est constitué en grande partie par la transposition de la réglementation applicable à l'établissement hospitalier.

A cette réglementation s'ajoutent également des procédures internes spécifiques à l'établissement.

D'une façon générale, le règlement intérieur des établissements de santé est un document décrivant son organisation et ses modalités de fonctionnement.

Il constitue une référence utile à la fois pour les patients, les visiteurs (familles) et les professionnels de santé exerçant dans l'établissement, **mais n'a pas vocation à se substituer à la réglementation ni d'apporter une réponse systématique à toutes les interrogations des malades et des professionnels de santé.**

Le règlement intérieur des établissements de santé est un document obligatoire.

Son existence est reconnue par le législateur qui a confié au conseil d'administration le pouvoir de délibérer sur ce document.

Préalablement, les avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail sont sollicités.

L'actualisation du règlement intérieur est nécessaire du fait des évolutions du contexte réglementaire et des modes de fonctionnement de l'établissement.

Les modifications apportées au règlement intérieur sont adoptées dans les mêmes conditions que le document initial.

Les établissements publics de santé sont libres dans la formalisation de ce document. Ils peuvent préciser les modalités locales d'application d'un certain nombre d'articles du Code de la santé publique sans avoir l'obligation de les reproduire dans leur intégralité.

Par ailleurs, chaque établissement peut décider, sans contrainte, des informations qu'il souhaite voir figurer dans son règlement intérieur.

2 - PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER

A - Le centre hospitalier, entité juridique

L'entité juridique « centre hospitalier » se compose de plusieurs établissements et structures totalisant 879 lits, places et postes autorisés : 801 lits d'hospitalisation complète, 24 lits d'hospitalisation de semaine, 37 places et 17 postes (dialyse) :

Hôpital - route de Saint Hilaire

C'est un établissement public mis en service en janvier 1975 qui comporte 464 lits de médecine, chirurgie et obstétrique, 24 lits d'hospitalisation de semaine, 22 places d'hospitalisation de jour et 17 postes de dialyse (lits, places et postes autorisés).

EHPAD « centre de séjour du pont vieux » - rue des Calquières

Le centre de séjour du pont vieux est un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui accueille des résidents âgés de plus de 60 ans et des personnes âgées de moins de 60 ans sous certaines conditions. Il comporte 246 lits autorisés dont un secteur de 15 lits appelé « Les Jardins d'Ariane » qui accueille des personnes désorientées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et 15 places d'accueil de jour « Alzheimer ».

Maison de retraite IENA - allée d'Iéna

Elle se situe au centre de Carcassonne et comporte 90 lits (60 lits de maison de retraite et 30 lits de cure médicale). Elle est prévue pour accueillir des personnes âgées valides.

Centre de consultations en alcoologie et addictions (CCAA) - rue Antoine Marty

Ce centre est destiné à la lutte et à la prévention des addictions (alcool, tabac, drogues)

Centre d'action médico-social précoce (CAMSP) - rue Achille Mir.

Le CAMSP accueille les enfants de 0 à 6 ans et leurs familles.

Il a pour objectif de dépister précocement et de soigner les enfants présentant (ou en situation à risque de présenter) une déficience, quelle que soit la nature du handicap qui en résulte : moteur, sensoriel, psychologique, intellectuel ou social.

Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) - Maison d'arrêt - avenue du Général Leclerc.

Cette structure a pour objet d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population.

Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)

L'institut de formation en soins infirmiers assure sur le même site une formation « infirmière » et « aide-soignant ».

B - Le centre hospitalier, site expérimental de la « nouvelle gouvernance »

Le centre hospitalier de Carcassonne s'est inscrit dans la totalité des réformes de santé prévue au plan 2007.

Il a été centre expérimentateur pour la mise en place de la tarification à l'activité (Mission T2A) et pour la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance ».

Il est inscrit depuis février 2004 sur la liste des 103 établissements « anticipateurs » de la nouvelle gouvernance.

La commission médicale d'établissement et le conseil d'administration réunis en mai 2004 ont voté la nouvelle organisation interne en pôles d'activité.

La mise en place du conseil exécutif a eu lieu en décembre 2004.

La nomination des responsables de pôles est intervenue en avril 2005.

La nomination des cadres co-gestionnaires est effective depuis février 2006.

Les référents administratifs ont été désignés en mai 2006 et les équipes de pôle sont opérationnelles depuis juin 2006.

La contractualisation interne et les délégations seront mises en œuvre au cours du second semestre 2006.

3 - L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

3.1 - Missions et organisation du centre hospitalier

Art 1

Le centre hospitalier de Carcassonne est un établissement public de santé qui assure le service public hospitalier.

La qualification de service public induit le respect de quatre principes :

- le principe de continuité
- le principe d'égalité
- le principe de neutralité
- le principe d'adaptation

Missions générales (Art L.6111.1 du CSP)

Les établissements publics de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Soins dispensés (Art L.6111.2 du CSP)

Les établissements publics de santé ont pour objet de dispenser :

1°) Avec ou sans hébergement :

- a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie ;
- b) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

2°) Des soins de longue durée, comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Missions spécifiques (Art L.6112.1 du CSP)

Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L.6111.1 du C.S.P et, de plus, concourt :

1°) A l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;

2°) A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

3°) A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;

4°) A la formation initiale et continue de sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;

5°) Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;

6°) Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;

7°) A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.

Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier.

Il concourt dans les mêmes conditions aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

Accès égalitaire aux soins (Art L.6112.2 du CSP)

Le centre hospitalier de Carcassonne garantit l'égal accès de tous aux soins qu'il dispense. Il est ouvert à toutes les personnes dont l'état requiert ses services. Il doit être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

Il dispense aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veille à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, il oriente les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation.

Il ne peut établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins.

3.2 - La Direction

Art. 2

3.2.1 - Le directeur, chef d'établissement

(Ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 - Art. L.6143-7 du CSP)

Le directeur, chef d'établissement est nommé par arrêté du ministre de la santé et des solidarités et représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil d'administration.

Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel, dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. Il est par ailleurs garant de la protection du personnel.

Il assure l'ordonnancement des dépenses et l'émission des titres de recettes. Il peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits entre les comptes d'un même groupe fonctionnel.

Il est autorité de police administrative. Ce pouvoir de police s'étend à la réglementation de la visite des malades par quiconque, dès lors qu'il relève du bon ordre de l'établissement et de la sécurité des malades.

Le directeur est assisté par une équipe de direction, composée notamment de membres du corps de direction des hôpitaux nommés par arrêté du ministre de la santé et des solidarités, de directeurs de soins et d'ingénieurs. L'équipe de direction est dotée d'un organigramme précisant les fonctions et la position hiérarchique de chacun de ses membres (document joint en annexe N° VII).

Le directeur peut élargir l'équipe de direction à d'autres membres (Ingénieurs, attachés d'administration hospitalière, responsable hôtelier, cadre supérieur de santé ou médico-technique,)

Il peut déléguer sa signature à des membres du corps de direction des hôpitaux, à des fonctionnaires de catégorie A ou B et à des pharmaciens des hôpitaux (décret N°92.783 du 6 août 1992).

3.2.2 - Le conseil exécutif

(ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 et décret N°2005-444 du 10 mai 2005 - Art. L.6143-6-1 et D.714-10 du CSP)

Art 3

Un conseil exécutif provisoire a été mis en place en décembre 2004.

Il est devenu conseil exécutif à compter du 27 septembre 2006, date d'approbation par le conseil d'administration du règlement intérieur de l'établissement, lequel intègre dans ses annexes I et VIII les règlements intérieurs dudit conseil exécutif et des pôles.

MISSIONS

(article L.6143-6-1 du CSP)

Le conseil exécutif :

- 1 - prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L.6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution ;
- 2 - prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2° et 3° de l'article L.6144-1 ;
- 3 - contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement financier ;
- 4 - donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de service ;
- 5 - désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.

COMPOSITION

(articles L.6143-6-1 et D.714-10 du CSP)

Le nombre de membres du conseil exécutif est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement à 12 membres.

Le conseil exécutif associe, à parité :

1. le directeur et 5 membres de l'équipe de direction, désignés par le directeur ;
2. le président de la commission médicale d'établissement et 5 praticiens désignés par celle-ci dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité.

Il est présidé par le directeur. Le président de la commission médicale d'établissement en assure la vice-présidence.

3.2.3 - Le règlement intérieur du conseil exécutif (CE)

Art 4

Le règlement intérieur du conseil exécutif (C.E) a été approuvé par le conseil exécutif provisoire dans sa séance du 2 juin 2006. Il figure en annexe I.

3.3 - Le conseil d'administration

Art 5

La composition et les modalités de fonctionnement du conseil d'administration sont fixées par l'ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 et le décret N°2005.767 du 7 juillet 2005.

Composition

Le conseil d'administration est composé de vingt deux membres, répartis entres les trois collèges suivants :

1° - un collège de représentant des collectivités territoriales comportant :

- a) le maire de la commune, président de droit ; lorsque le maire ne souhaite pas assurer les fonctions de président, son remplaçant est élu par et parmi les membres mentionnés aux b) à e) et au 3° ci-dessous : cette circonstance ne fait pas obstacle à ce que le maire reste membre du conseil d'administration ;
- b) trois représentants de la commune, ce chiffre est porté à quatre lorsque le maire, remplacé dans ses fonctions de président dans les conditions indiquées au a), renonce, par ailleurs, à être membre du conseil d'administration ;
- c) deux représentants des deux communes dans lesquelles l'établissement exerce la plus forte attractivité (Limoux et Trèbes) ;
- d) un représentant du conseil général ;
- e) un représentant du conseil régional.

2° - un collège des personnels, comportant :

- a) quatre membres de la commission médicale d'établissement dont le président et le vice-président, membres de droit ;
- b) un membre de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- c) trois représentants des personnels titulaires relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ;

3° - un collège de personnalités qualifiées et de représentants des usagers comportant :

- a) trois personnalités qualifiées, dont un médecin non hospitalier n'exerçant pas dans l'établissement et un représentant non hospitalier des professions paramédicales ;
- b) trois représentants des usagers.

Dans les établissements gérant des établissements d'hébergement pour personnes âgées, un représentant des familles de personnes accueillies dans ces établissements peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.

La composition nominative du conseil d'administration est arrêtée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation

Assistent également ou peuvent assister aux séances du conseil d'administration, avec voix consultative :

- le directeur de l'établissement ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix,
- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou son représentant, ainsi que les collaborateurs de son choix,
- le médecin inspecteur régional de la santé ou son représentant,
- le ou les médecins inspecteurs départementaux de la santé ou leurs représentants,
- le comptable public de l'établissement.

Compétence

Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement sur :

- le projet d'établissement et le contrat pluriannuel après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;
- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations ;
- le plan de redressement ;
- les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation, ainsi que le bilan social ;
- l'organisation de l'établissement en pôles d'activité ;
- la politique de contractualisation interne ;
- la politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- la mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix huit ans ;
- les baux emphytéotiques et les conventions lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;
- la prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale ;
- le règlement intérieur.

Fonctionnement

Le conseil d'administration doit se réunir quatre fois par an au moins.

- Sur convocation du président,
- Ou à la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation,
- Ou à la demande de la moitié des membres.

Les séances du conseil d'administration ne sont pas publiques. **Les débats et les délibérations revêtent un caractère confidentiel.** Les convocations et l'ordre du jour sont envoyés aux membres du conseil d'administration au moins sept jours avant la date de réunion. Lorsque le quorum n'a pas été atteint à la première séances, la deuxième convocation doit être adressée à trois jours d'intervalle au moins de la première et à huit jours au plus. Le secrétariat est assuré par la direction.

3.4 - Les principaux organes consultatifs du centre hospitalier

3.4.1 - La commission médicale d'établissement

(ordonnances N°2005-406 du 2 mai 2005 et 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 - décrets N°2005-767 du 7 juillet 2005 et N°2005-840 du 20 juillet 2005 - Articles L.6144-1 et 2 et R.6144-28 à 30 du CSP)

Art 6

Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement dotée de compétences consultatives et appelée à prendre avec le conseil exécutif des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Composition

La commission médicale est composée comme suit :

- 1) les responsables de pôles d'activité clinique ou médico-technique ainsi que, dans les pôles d'activité comportant plusieurs services ou structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, les chefs de service ou les responsables des structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques ;
- 2) en nombre égal à celui des praticiens mentionnés au 1, des représentants des praticiens hospitaliers titulaires, par l'ensemble des praticiens hospitaliers et pharmaciens à l'exception de ceux qui ont été nommés en application de l'article 20 du décret N°84-131 du 24 février 1984 et de l'article 15 du décret N°85-384 du 29 mars 1985 (praticiens à titre provisoire) ;
- 3) cinq représentants au total des médecins, odontologistes et pharmaciens contractuels :
 - a) deux représentants élus par et parmi les assistants mentionnés à l'article 2 du décret N°87-788 du 28 septembre 1987 ;
 - b) deux représentants élus par et parmi les praticiens attachés mentionnés à l'article 2 du décret N°2003-769 du 1^{er} août 2003 et les médecins mentionnés à l'article 14 de la loi du 31 décembre 1985 qui effectuent au moins trois demi-journées ou trois vacations par semaine ;
 - c) un représentant élu par et parmi les praticiens adjoints contractuels mentionnés à l'article 1^{er} du décret N°95-569 du 6 mai 1995 et par les praticiens contractuels mentionnés au 1^o de l'article 2 du décret N°93-701 du 27 mars 1993, parmi les praticiens contractuels mentionnés au 6^o dudit article 2.
- 4) deux représentants des internes et des résidents, élus par l'ensemble des internes et des résidents affectés dans l'établissement ;
- 5) une sage-femme élue par l'ensemble des sages femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions.

Siègent également avec voix consultative :

- le directeur ou son représentant assisté des collaborateurs de son choix,
- le représentant du comité technique d'établissement,
- le médecin inspecteur régional et le médecin inspecteur départemental de santé publique,
- le représentant de la commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

- le médecin conseil de la caisse assurant l'analyse d'activité de l'établissement,
- le médecin responsable de la médecine du travail.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Compétence

La commission médicale d'établissement :

- 1° - est consultée pour avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 du CSP ;
- 2° - prépare, avec le conseil exécutif le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec le schéma d'organisation sanitaire ainsi que l'organisation en pôles cliniques et médico-techniques et, le cas échéant, l'organisation de leurs structures internes ;
- 3° - organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens et, à cet effet, prépare avec le conseil exécutif les plans de formation et actions d'évaluation correspondants ; examine, dans la formation restreinte les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue prises par les conseils régionaux ainsi que les conclusions des organismes agréés chargés de l'évaluation des praticiens ;
- 4° - émet un avis sur le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 5° - émet un avis sur le fonctionnement des pôles autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et de leurs éventuelles structures internes, dans la mesure où ce fonctionnement intéresse la qualité des soins ou la santé des malades ;
- 6° - émet un avis sur les nominations des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique ;
- 7° - émet, dans la formation restreinte, un avis sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens, conformément aux décrets régissant ces différentes catégories de praticiens.

La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour exercer les compétences mentionnées aux 2° et 3° supra indiqués. Elle est régulièrement tenue informée de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers.

La commission médicale d'établissement comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses 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 ;
- la lutte contre les infections nosocomiales ;
- la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes ;
- la prise en charge de la douleur.

Cette sous-commission ou ces sous-commissions spécialisées comportent, outre des membres désignés par la commission médicale d'établissement, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ces missions.

Fonctionnement

La commission médicale d'établissement élit en son sein son président et son vice-président. Le président fixe l'ordre du jour des convocations.

La commission médicale d'établissement doit se réunir au moins quatre fois par an. Le secrétariat est assuré par la direction. Ses séances ne sont pas publiques.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la commission médicale d'établissement **sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison de toutes les pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.**

Les convocations et l'ordre du jour sont envoyés aux membres de la commission médicale d'établissement au moins sept jours avant la date de réunion. Lorsque le quorum n'a pas été atteint à la première séance, la deuxième est faite à huit jours d'intervalle.

Les avis et vœux de la commission sont adressés dans un délai maximum de quinze jours, par les soins du secrétariat au conseil d'administration, au préfet, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, au médecin inspecteur régional de santé publique, au médecin inspecteur départemental de santé publique et au médecin régional de la sécurité sociale.

Le président de la commission assure l'information du corps médical, odontologique et pharmaceutique de l'établissement en lui communiquant dans un délai maximum d'un mois par l'intermédiaire du secrétariat de la commission, les avis, décisions et éventuellement les vœux émis par la commission dans le cadre de ses attributions. Toutefois, s'agissant de questions mentionnées à l'article R.6144-23 du CSP (formation restreinte), seuls sont transmis les extraits des avis émis.

En outre, lorsque plus de la moitié des praticiens exerçant dans l'établissement ne siègent pas à cette commission, le corps médical, pharmaceutique et odontologique de l'établissement, réuni en assemblée générale, est informé au moins deux fois par an sur les travaux et délibérations de cette commission ainsi que sur la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement ou le contrat d'objectifs et de moyens.

L'assemblée générale est convoquée par le président de la commission médicale d'établissement

Le bureau de la commission médicale d'établissement

Lorsque la commission médicale d'établissement compte plus de vingt membres, elle constitue en son sein un bureau. La composition du bureau, ses règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le règlement de la commission.

Le président, le vice-président et les deux représentants de la commission médicale d'établissement élus au conseil d'administration constituent le bureau de la C.M.E.

Cependant, le bureau peut décider de s'élargir à d'autres praticiens.

Le bureau prépare les délibérations de la commission médicale d'établissement portant sur les questions autres que celles mentionnées aux 2° et 3° de l'article R.714-16 du CSP ou examinées par la commission de formation restreinte. Il assure entre autre la nécessaire liaison entre la commission médicale d'établissement et le conseil exécutif.

3.4 2 - Le comité technique d'établissement

(ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 - Décrets N°2005-767 du 7 juillet 2005 et N°2005-840 du 20 juillet 2005 - Art. R714-17-1 et R714-17-2 du CSP)

Art 7

Composition

Le comité technique d'établissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, les représentants du personnel suivants, dans les établissements comptant cinq cent un agents au moins et deux mille agents au plus :

- a) deux membres titulaires et deux membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie A ;
- b) six membres titulaires et six membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie B ;
- c) huit membres titulaires et huit membres suppléants représentant les personnels composant le collège des agents de la catégorie C.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Le comité technique d'établissement comporte un représentant de la commission médicale d'établissement avec voix consultative. Il est présidé par le directeur ou son représentant.

Compétence

Dans chaque établissement public de santé, il est créé un comité technique d'établissement doté de compétences consultatives dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

- les projets de délibération mentionnés à l'article L.6143-1 du CSP ;
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- la politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ;
- les critères de répartition de la prime de service, la prime forfaitaire technique et la prime de technicité.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels budgétés à l'EPRD et réels de l'établissement.

Sur la base des articles R714-17.1 et R714-17.2 du Code de santé publique :

Le comité technique d'établissement ainsi que la commission médicale d'établissement ont un pouvoir d'alerte en cas d'écart significatif entre les objectifs de l'établissement et les résultats.

Ainsi lorsque la commission médicale d'établissement ou le comité technique d'établissement ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune des instances, demander au directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission et du comité.

Après avoir entendu le directeur, la commission et le comité peuvent confier, à la majorité qualifiée, à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un rapport conjoint. Le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de saisir de ses conclusions le conseil d'administration en vue de la mise en service de la procédure d'audit. Au vu de ce rapport, la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement peuvent décider, à la même majorité qualifiée, de procéder à cette saisine.

Fonctionnement

Chaque comité établit son règlement intérieur.

Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

Lorsqu'ils ne siègent pas avec voix délibérante, les membres suppléants peuvent assister aux séances du comité dans la limite d'un représentant par organisation syndicale sans pouvoir prendre part aux débats ni aux votes.

L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour.

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

Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

Le président du comité en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister de ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Le comité élit, parmi les membres titulaires, un secrétaire.

Un procès-verbal de chaque séance est établi par la direction des ressources humaines. Il est signé par le président et le secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.

Les séances du comité ne sont pas publiques.

3.4.3 - Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

(art. L236-1, L236-13, R236-23 et suivants du Code du Travail - circulaire N°311 du 8 décembre 1989).

Art 8

Le CHSCT est présidé par le directeur de l'établissement ou son représentant. Les représentants des personnels non médicaux sont désignés par les organisations syndicales représentatives en fonction du nombre de voix obtenues lors des dernières élections aux commissions administratives paritaires départementales ; ceux des personnels médicaux sont désignés par la CME en son sein.

La durée du mandat est de quatre ans.

La mission générale du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est de contribuer à la protection de la santé physique et morale de la sécurité des salariés, à l'amélioration des conditions de travail et à l'observation de la réglementation dans ces domaines. Il analyse les conditions de travail et les risques professionnels.

Dans le cadre de ses attributions, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à des inspections, réalise des études et effectue des enquêtes.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dispose d'un droit de regard et émet un avis sur :

- Tout document se rattachant à sa mission, notamment sur le rapport et le programme annuels établis par le chef d'établissement et sur le règlement intérieur de l'établissement.
- Tout projet d'aménagement des postes de travail lié à une réorganisation des conditions de travail.

- Les conditions de travail et de réinsertion des accidentés du travail, invalides ou travailleurs handicapés.
- Toute question de sa compétence dont il est saisi par le chef d'établissement.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se réunit au moins une fois par trimestre à l'initiative du chef d'établissement. Des séances exceptionnelles peuvent avoir lieu en cas d'accident grave ou à la demande de deux membres représentants du personnel.

Les résolutions sont fixées à la majorité des membres présents disposant de la voix délibérative et le directeur prend part au vote.

Le secrétaire élu par le comité établit conjointement avec le Président ou son représentant, l'ordre du jour de chaque réunion.

Le procès-verbal établi après chaque réunion par le secrétaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est signé par le président et le secrétaire.

Art 9 - Règlement intérieur du Comité d'Hygiène, de sécurité et des Conditions de Travail
Le règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail figure en annexe II.

3.5 - Les autres organes consultatifs spécialisés

3.5.1 - Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Décret N°2003-655 du 18 juillet 2003 modifié)

Art 10

Les commissions administratives paritaires locales sont des organes consultatifs institués dans chaque établissement par l'assemblée délibérante et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Les CAPL comprennent en nombre égal, d'une part, des représentants de l'administration désignés par le conseil d'administration et d'autre part, des représentants élus par le personnel.

Elles sont mises en place à la suite d'élection des délégués du personnel qui ont lieu tous les quatre ans.

Les CAPL ne traitent que des questions individuelles concernant les agents titulaires ou stagiaires. Elles ont vocation de donner un avis préalable à la prise des décisions sur le déroulement de carrière (titularisation, avancement, notations, ...). Un membre de la commission administrative paritaire ne peut formuler un avis concernant un agent hiérarchiquement supérieur.

Il existe neuf commissions administratives paritaires correspondant au classement des grades et corps dans les catégories A, B, C de la fonction publique hospitalière.

Une commission paritaire est constituée localement par délibération du conseil d'administration dès que l'effectif des agents relevant de cette commission est égale au moins à quatre.

Les CAPL se réunissent au moins deux fois par an. La présidence est assurée par le président du conseil d'administration ou son représentant.

Les séances ne sont pas publiques.

Le secrétariat est assuré par la direction des ressources humaines.

3.5.2 - La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

(Loi N°91-748 du 31 juillet 1991. Ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005. Décret N°2005-1656 du 26 décembre 2005. Art. L.6146-9 et R. 6146-50 à R.6146-60 du CSP. Lettre circulaire du 16 mai 2006)

Art 11

Cette commission est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et composée des différentes catégories des personnels de soins.

Elle est consultée sur :

- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins.
- L'élaboration d'une politique de formation.
- L'évaluation des pratiques professionnelles.
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

Composition :

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

Les corps, grades ou emplois hiérarchiquement équivalents des personnels de la commission sont répartis en trois groupes ainsi qu'il suit :

1° - Groupe des cadres de santé :

- a) Collège de la filière infirmière : corps des infirmiers cadres de santé ; corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé ; corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé ; corps des puéricultrices cadres de santé ;
- b) Collège de la filière de rééducation : corps des pédicures-podologues cadres de santé ; corps des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé ; corps des ergothérapeutes cadres de santé ; corps des psychomotriciens cadres de santé ; corps des orthophonistes cadres de santé ; corps des orthoptistes cadres de santé ; corps des diététiciennes cadres de santé ;
- c) Collège de la filière médico-technique : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé ; corps des techniciens de laboratoire cadres de santé ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé ;

2° - Groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

- a) Collège des personnels infirmiers ; corps des infirmiers de bloc opératoire ; corps des infirmiers anesthésistes ; corps des puéricultrices ; corps des infirmiers ;
- b) Collège des personnels de rééducation : corps des psychomotriciens ; corps des orthophonistes ; corps des orthoptistes ; corps des diététiciens ;
- c) Collège des personnels médico-techniques : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière ; corps des techniciens de laboratoire ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale ;

3° - Groupe des aides-soignants : collège du corps des aides-soignants

Présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, cette commission comprend les membres élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les trois groupes mentionnés au 1°, 2° et 3° ci dessus.

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

Ces électeurs sont éligibles à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

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

Le règlement intérieur de l'établissement fixe le nombre de membres de la commission dans les conditions suivantes :

1° La commission ne peut comprendre plus de trente-deux membres ;

2° Les trois groupes mentionnés plus haut y sont représentés dans les proportions respectives de trois huitièmes pour le groupe des cadres de santé, quatre huitièmes pour celui des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et un huitième pour celui des aides-soignants ;

3° a) Le nombre de sièges attribués aux deux premiers groupes est calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège appréciés, en équivalents temps plein, à la date d'affichage des listes électorales ;

b) Chaque collège dispose à la commission d'au moins un représentant

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

Le règlement intérieur de la commission définit les conditions de la suppléance des membres titulaires momentanément empêchés de siéger. En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège en ce qui concerne les deux premiers groupes (cadres de santé, personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques) ou au sein du groupe des aides-soignants.

Lorsque, au moins sept mois avant le renouvellement général de la commission, le dernier suppléant d'un collège d'un des deux premiers groupes mentionnés ci-dessus ou du groupe des aides-soignants est nommé titulaire, il est aussitôt pourvu au remplacement des suppléants de ce collège.

Le directeur de l'établissement fixe par note de service les modalités du scrutin, notamment les conditions du vote par correspondance.

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

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

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- a) le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- b) les directeurs des soins chargés de l'institut de formation en soins infirmiers rattaché à l'établissement ;
- c) un représentant des étudiants de troisième année désigné par le directeur de l'institut de formation paramédicale après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de l'institut de formation en soins infirmiers rattaché à l'établissement ;
- d) un élève aide-soignant désigné par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de cet organisme.
- e) un représentant de la commission médicale d'établissement.

Fonctionnement :

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du directeur de l'établissement ou de la moitié au moins des membres de la commission.

L'ordre du jour est fixé par le président.

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

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un procès-verbal adressé au directeur de l'établissement et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Outre les professionnels de santé, des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la commission à l'initiative du président.

Le président rend compte chaque année de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directeur de l'établissement.

Art 12 - La place et les missions du directeur des soins dans l'organisation hospitalière

Dans chaque établissement, la direction du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à l'infirmier(e) général(e), membre de l'équipe de direction.

Placés sous l'autorité du directeur d'établissement, les infirmiers généraux occupent une direction fonctionnelle : la direction du service de soins infirmiers. Leurs prérogatives ne s'exercent néanmoins que sur l'encadrement des personnels infirmiers.

Nommé par le directeur d'établissement, le directeur des soins reste plus particulièrement chargé, en matière de direction des activités de soins :

- de l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins ;
- de la conception et la mise en œuvre du projet de soins dans le cadre du projet d'établissement ;
- de l'organisation et de l'évolution des services, en liaison avec le corps médical ;
- de la gestion des personnels des activités de soins, dont il propose l'affectation ;
- de l'élaboration des programmes de formation ;
- du développement de la recherche et de l'évaluation des pratiques.

3.5.3 - La commission de la permanence des soins

(Arrêté du 30 avril 2003)

Art 13

Une commission de la permanence des soins, émanation de la commission médicale d'établissement a été instituée.

Cette commission :

- définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- donne son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins ;
- donne son avis sur les conventions de coopération ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

La commission, composée du directeur ou de son représentant, du président de la CME et de praticiens de différentes spécialités élit son président et se réunit de façon régulière.

3.5.4 - La commission des admissions et des consultations non programmées

(Circulaire N°195 du 16 avril 2003)

Art 14

Cette commission comporte 16 membres, dont le directeur, le président de la C.M.E, le directeur coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que des représentants médicaux, para-médicaux et un représentant du service social.

Elle a pour mission de :

→ dégager des solutions consensuelles garantissant la fluidité de la prise en charge en aval au sein de l'établissement accueillant les urgences

- prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes
- valider les propositions de fermeture temporaire des lits et fixer les capacités à maintenir disponibles pour les urgences
- veiller à la mise en place d'une évaluation précise des capacités d'accueil, par type de pathologie, par secteur sanitaire et au recueil précis et quotidien des capacités disponibles en temps réel
- valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée
- proposer à la commission médicale d'établissement, au comité technique d'établissement et au conseil d'administration, une organisation cohérente de prise en charge des urgences.

3.5.5 - La commission d'appel d'offres

(Décret N°2006-975 du 1^{er} août 2006)

Art 15

Cette commission, instituée par délibération du conseil d'administration est présidée par le directeur du centre hospitalier ou son représentant.

Elle est composée de deux titulaires et de deux suppléants, membres du conseil d'administration.

Siègent également avec voix consultative à la commission d'appel d'offres, le trésorier principal ou son représentant, le directeur départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes ou son représentant et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

3.5.6 - La commission dite du « collège de l'information médicale »

(Circulaire N°303 du 24 juillet 1989)

Art 16

Cette commission est une émanation de la commission médicale d'établissement dans le cadre de la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux.

La commission médicale d'établissement désigne les médecins qui composent le collège de l'information médicale.

Leur nombre est déterminé par son règlement intérieur. Ce collège exerce un contrôle sur l'activité du service de l'information médicale (SIM).

Il élabore le règlement intérieur du SIM avant sa présentation aux instances compétentes de l'établissement. Il se prononce sur les projets du SIM susceptibles d'affecter le schéma directeur de l'information de l'établissement. En sont membres de droit :

- le directeur de l'établissement ou son représentant,
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant,
- l'infirmier général, directeur coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou un représentant du corps infirmier.

L'association du RSIO aux réunions du collège (dont il est membre permanent) est particulièrement recommandée.

Dans chaque service clinique ou médico-technique, le responsable peut désigner un médecin correspondant, qui veille à la qualité de l'information médicale.

Le collège de l'information médicale est renouvelé par tiers chaque année en commission médicale d'établissement.

S'agissant d'une instance pluridisciplinaire, sa composition peut être élargie au service informatique, finances, contrôle de gestion et admissions.

3.5.7 - La commission de l'activité libérale

(Article R.6154.11 à R.6154.17 du CSP)

Art 17

L'activité libérale s'exerce exclusivement au sein de l'établissement. Elle peut comprendre, sous conditions des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques. Seuls les praticiens hospitaliers titulaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

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

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil d'administration, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil d'administration, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet.

La commission peut demander communication à l'établissement, comme aux praticiens, de toutes informations utiles à l'exécution de ses missions et notamment des jours et heures de consultations figurant au tableau général de service prévisionnel établi mensuellement par le directeur de l'établissement public de santé où le praticien exerce son activité libérale.

Ces communications s'effectuent dans le respect du secret médical.

3.5.8 - La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

(Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 - Décret N°2005-213 du 2 mars 2005)

Art 18

Une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a été mise en place. Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades, de leurs proches et de la prise en charge.

Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Son fonctionnement et sa composition sont explicités en point 5.2.5.

3.5.9 - La commission de formation

Art 19

La commission de formation, émanation du comité technique d'établissement, émet un avis sur la politique générale du centre hospitalier de Carcassonne en matière de formation continue des personnels non médicaux.

La formation continue accompagne également les projets et les parcours professionnels des agents (accès à un nouveau poste ou un nouvel emploi, promotion, développement professionnel).

Elle est consultée sur les plans de formation et les additifs examinés en cours d'année.

Ces avis sont validés par le comité technique d'établissement.

3.5.9.1 La commission de lutte contre la violence

Art 19.1

Les établissements de santé relativement épargnés il y a quelques années sont de plus en plus gagnés par la violence tant physique que comportementale, de la part notamment de certains patients ou de leurs familles.

Cette violence se traduit par une augmentation généralisée de l'incivisme, des attitudes agressives, des injures, des agressions physiques de la part d'individus isolés voire de familles ou de communautés.

Le CHSCT, lors de sa séance du 4 décembre 2006 a demandé la création d'une commission de lutte contre la violence dans l'établissement.

Composition :

Le Directeur Général ou son représentant, le Directeur achats logistiques travaux ou son représentant, le Directeur Qualité GDR ou son représentant, le Directeur chargé de la clientèle ou son représentant, le DRH ou son représentant, l'ingénieur en chef des services techniques ou son représentant, le Président du COVIRIS ou son représentant, le Cadre supérieur de la maternité ou son représentant, le Cadre des urgences ou son représentant, le Gestionnaire des risques ou son représentant, un représentant syndical FO, un représentant syndical CFDT, un représentant syndical CGT, un représentant syndical CGC, le médecin du travail

Missions de la commission

- Recueillir principalement par l'intermédiaire de la Direction Qualité GDR les informations relatives aux situations de violence dans l'établissement.

- Analyser avec recherche des facteurs de causalité tous les phénomènes de violences concernant l'usager, le personnel, l'institution hospitalière et son environnement et faire des propositions.
- Informer la Direction et le CHSCT sur l'activité de la commission, notamment par la production d'un rapport annuel d'activité.

Fonctionnement

- Rythme trimestriel avec si possible, tenue de la commission à une date antérieure à la réunion du CHSCT.
- Possibilité de réunion extraordinaire en cas d'incident important relatif à un problème de violence.
- Ordre du jour fixé par la commission selon l'actualité des évènements du Centre Hospitalier.

3.5.10 - La sous-commission des investissements bio-médicaux

Art 20

Elle donne son avis sur les investissements en matériels bio-médicaux de l'année (renouvellement et acquisitions nouvelles) en dehors des opérations prévues au projet d'établissement et au programme prévisionnel d'investissement pluriannuel.

En outre les membres de la commission sont informés des réalisations en cours dans le cadre de l'enveloppe budgétaire annuelle.

Deux réunions par an sont prévues :

- ↳ l'une pour avis sur les demandes d'acquisition au cours du 1^{er} semestre
- ↳ l'autre au cours du dernier trimestre pour faire le point sur l'état d'avancement des acquisitions.

Elle est composée du directeur ou de son représentant, du président de la CME ou de son représentant, d'un ingénieur en chef, d'un ingénieur biomédical et du pharmacien, chef de service, membres de droit et de membres du corps médical élus par la CME (six praticiens titulaires et six suppléants).

Après deux années de fonctions, les membres titulaires deviennent suppléants et les membres suppléants titulaires.

3.5.11 - Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

(Art. L.1112-2 et 4 et L.1110-5 du CSP - Décrets N°99-249 du 31 mars 1999 et N°2002-194 du 11 février 2002 - Arrêtés du 31 mars 1999, 8 février 2000 et 2 janvier 2002 - Circulaires du 7 janvier 1994, 4 février 1998, 11 février 1999 et 30 avril 2002)

Art 21

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) a pour mission :

- de proposer, afin d'améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui doivent figurer dans le projet d'établissement
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur

- d'aider au développement de la formation médicale continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement
- de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) est composé du directeur ou de son représentant, d'un pharmacien, de deux représentants de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, d'un praticien gériatre, d'une sage-femme, d'une infirmière-anesthésiste, de quatre infirmières, d'un kinésithérapeute, d'un aide-soignant, d'un psychologue et de praticiens de différentes disciplines (neuf au maximum) désignés par la Commission Médicale d'Etablissement, sur la base du volontariat. Le mandat des membres du CLUD est de trois ans. Les membres actuels ont été désignés lors de la CME du 19 avril 2006.

3.5.12 - Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

(Arrêté du 29 mars 2002. Circulaire N°2002-13 du 9 janvier 2002 et N°2002-186 du 29 mars 2002)

Art 22

Rôle du CLAN

Son rôle est de participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades en liaison avec la commission médicale d'établissement. Le CLAN doit s'assurer de la qualité de l'ensemble de la prestation alimentaire-nutrition, y compris, en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et des équipements. A cet effet, le CLAN participe :

- au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition ;
- à la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration ;
- à la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de la nutrition ;
- à la définition de la formation continue spécifique aux actions de nutrition (journées, ateliers ...) et destinée au personnel de l'établissement ;
- à l'évaluation des actions entreprises en collaboration avec le service qualité de l'établissement.

Cette activité placée sous la responsabilité d'un médecin nutritionniste doit assurer :

- les investigations, la surveillance et les soins liés à la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés ;
- la recherche clinique ;
- l'éducation des patients ;
- la formation des personnels ;
- l'évaluation des pratiques.

L'activité de nutrition clinique doit être mis en œuvre de manière complémentaire et coordonnée avec le CLAN.

Composition du CLAN

Le CLAN est composé du directeur ou de son représentant, d'un pharmacien, de médecins désignés par la CME (9 maximum), du directeur coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de son représentant, du responsable de l'activité nutrition clinique, du responsable de l'activité diététique ou son représentant, du responsable qualité ou de son représentant, du responsable de la formation ou son représentant, du responsable de la restauration et de l'hôtellerie, du responsable du CLIN ou son représentant, d'un représentant des usagers, titulaire ou suppléant et d'une infirmière ou aide-soignante, désignée par la commission des soins infirmiers et médico-techniques.

Le CLAN désigne son président lors de sa première réunion parmi les membres désignés par la CME.

Chaque année, le président du CLAN prépare le rapport d'activité qui est adressé au directeur et au président de la C.M.E avant présentation devant les instances.

3.5.13 - Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

(Art R.711-1-4 et suivants du CSP - Décret N°99.1034 du 6 décembre 1999)

Art 23

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) organise la lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques. A cet effet, chaque établissement de santé institue en son sein un comité de lutte contre les infections nosocomiales, se dote d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et définit un programme annuel d'actions tendant à assurer :

- 1°) la prévention des infections nosocomiales, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
- 2°) la surveillance des infections nosocomiales ;
- 3°) la définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;
- 4°) l'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales :

- 1°) coordonne l'action des professionnels de l'établissement de santé ;
- 2°) prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;
- 3°) élabore le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales ; ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités ; ce bilan est transmis annuellement, par le représentant légal de l'établissement de santé, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

Dans le cadre de ses missions, le comité est notamment chargé de définir, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est consulté lors de la programmation des travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est composé de vingt-deux membres au maximum.

Ce comité comporte :

- a) le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant, désigné par lui ;
- b) le représentant légal de l'établissement de santé, ou la personne désignée par lui ;
- c) le médecin responsable de la médecine du travail dans l'établissement ;
- d) le directeur du service de soins infirmiers et médico-techniques ou son représentant ;
- e) un pharmacien de la ou des pharmacies à usage intérieur ;
- f) un biologiste de l'établissement ;
- g) deux membres proposés par la commission médicale d'établissement parmi les médecins et chirurgiens de l'établissement ;
- h) le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- i) le médecin responsable de l'information médicale ;
- j) un membre du personnel infirmier appartenant à l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ;
- k) un infirmier exerçant une activité de soins ; dans les établissements publics de santé, cet infirmier est désigné en son sein par la commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- l) au plus cinq professionnels paramédicaux ou médico-techniques ;
- m) au plus cinq membres choisis parmi les médecins, pharmaciens, sages-femmes, odontologistes, dont le président du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'un médecin spécialiste de l'épidémiologie, un médecin spécialiste des maladies infectieuses et une sage-femme. Ces membres sont proposés par la commission médicale d'établissement.

Les modalités de composition du comité de lutte contre les infections nosocomiales sont arrêtées par le conseil d'administration.

Le représentant légal de l'établissement de santé arrête la liste nominative des membres du comité.

3.5.14 - Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

(Art L.5126-5 du CSP - Circulaire du 22 mai 1979)

Art 24

Ce comité participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement.

Ce comité se compose d'un président élu au sein du comité, de quatre pharmaciens, de neuf médecins de différentes spécialités, du président du CLIN, du directeur coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de son représentant, d'un préparateur en pharmacie et du correspondant de matériovigilance.

Trois réunions par an sont organisées auxquelles s'ajoutent des réunions spécifiques (marchés, pansements, antibiothérapie).

Le correspondant local de matériovigilance est désigné chaque deux ans par alternance entre le pharmacien chef de service et l'ingénieur biomédical.

Le comité peut s'adjoindre sur proposition de l'un de ses membres tout participant invité à titre exceptionnel permanent.

La pharmacovigilance

(décret N°95-566 du 6 mai 1995 - art.L605, L595-2, L670-1 et R.5144-1 du CSP)

Art. 25

Dans sa réunion du 30 avril 2002, le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles a désigné un correspondant local de pharmacovigilance, correspondant du centre régional de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang.

Le correspondant de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang est responsable au sein de l'établissement de la dispensation et du suivi de ces médicaments. Il participe aux travaux du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.

Il est responsable de l'enregistrement et de la conservation des informations relatives aux médicaments dérivés du sang.

Il reçoit et transmet au centre régional de pharmacovigilance, les déclarations d'effets indésirables susceptibles d'être dûs à un médicament dérivé du sang qu'il a délivré.

Les correspondants de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang sont soumis aux bonnes pratiques de pharmacovigilance.

La pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang comporte un suivi, dit « traçabilité », effectué depuis leur fabrication jusqu'à leur administration aux patients.

Ce suivi a notamment pour objet de permettre d'identifier rapidement :

- a) les prélèvements sanguins à partir desquels a été fabriqué un lot donné de médicaments, ainsi que les lots de médicaments qui ont été fabriqués à partir de prélèvements sanguins donnés ;
- b) les lots dont proviennent les médicaments administrés à un patient ainsi que les patients auxquels les médicaments du lot ont été administrés.

3.5.15 - Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

(Art. L.1221-1 à L.1221-13, L.1223-3, R.1221-16 et suivants du CSP - Circulaires des 24 décembre 1991 et 15 janvier 1992)

Art. 26

On entend par « hémovigilance » l'ensemble des procédures de surveillance organisées depuis la collecte du sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs, en vue de recueillir et

d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition, ainsi que les informations sur les incidents graves ou inattendus survenus chez les donneurs.

L'hémovigilance est un élément de la sécurité transfusionnelle. Elle comporte pour toute unité préparée d'un produit sanguin labile :

- le signalement de tout effet inattendu ou indésirable lié ou susceptible d'être lié à l'usage thérapeutique de ce produit ;
- le recueil, la conservation et l'accessibilité des informations relatives à son prélèvement, à sa préparation, à son utilisation ainsi qu'aux effets mentionnés ci-dessus ;
- l'évaluation et l'exploitation de ces informations en vue de prévenir la survenance de tout effet inattendu ou indésirable résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles.

Le centre hospitalier de Carcassonne a désigné un médecin en qualité de correspondant d'hémovigilance dont les missions sont les suivantes :

- rédiger les protocoles transfusionnels utilisés dans l'établissement ;
- prendre en charge les actions de sécurité transfusionnelle ;
- contrôler les circuits ;
- contrôler les conditions de stockage ;
- contrôler les conditions de retour des produits sanguins labiles non utilisés ;
- contrôler les pratiques de transfusion autologue périopératoire ;
- vérifier les conditions de réalisation du test de compatibilité ultime au lit du malade ;
- mettre en place une organisation permettant le suivi médical des receveurs ;
- signaler et suivre tout effet indésirable lié à l'utilisation d'un produit sanguin ;
- réaliser les enquêtes transfusionnelles ascendantes ou descendantes nécessaires ;
- assurer le secrétariat du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance ;
- participer aux réunions régionales d'hémovigilance ;
- signaler à l'établissement français du sang et au coordonnateur régional toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle ;
- participer aux enquêtes épidémiologiques.

Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance a pour mission de contribuer par ses études et ses propositions à l'amélioration de la sécurité des patients qui sont transfusés.

Il veille à la mise en œuvre des règles et procédures d'hémovigilance. Il est chargé de la coordination des actions d'hémovigilance entreprises au sein de l'établissement de santé.

Ce comité est constitué du directeur ou de son représentant, du directeur de l'établissement français du sang, du correspondant d'hémovigilance de l'établissement français du sang, du directeur coordonnateur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, du médecin de l'établissement correspondant local d'hémovigilance, de la représentante des sages-femmes, d'un cadre administratif référent et de médecins hospitaliers.

3.5.16 - Le comité de matériovigilance

(Art R.5212.1 et suivants du CSP)

Art 27

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux

Elle s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché.

La matériovigilance comporte :

- le signalement et l'enregistrement des incidents ou des risques
- l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation de ces informations dans un but de prévention ;
- la réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;
- la réalisation et le suivi des actions correctives décidées.

Ce comité est composé de :

Membres de droit : (6)

- le président de la commission médicale d'établissement
- le directeur-adjoint chargé des services économiques
- deux pharmaciens à temps plein
- un ingénieur en chef et l'ingénieur chargé du biomédical
- un radiophysicien

Membres pour une période de 3 ans renouvelable : (8)

- trois médecins représentant la CME
- un cadre supérieur de santé
- un infirmier
- deux aides-soignants
- un représentant de la commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Correspondant local de matériovigilance :

Le pharmacien chef de service ou l'ingénieur biomédical, désignés à tour de rôle par périodes de deux ans.

Le correspondant local de matériovigilance est désigné par le directeur, après avis de la C.M.E.

Cette nomination est portée à la connaissance de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé par le directeur de l'établissement.

Un ou des correspondants suppléants sont désignés dans les mêmes conditions afin d'assurer la permanence de cette fonction au sein de l'établissement.

La forme et le contenu des signalements d'incidents et de risques d'incidents sont définis par arrêté ministériel.

3.5.17 - Le comité de radioprotection (Décret N°2003-296 du 31 mars 2003)

Le décret du 31 mars 2003 relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants définit, dans la sous section 6, l'organisation fonctionnelle de la radioprotection. Dans ce cadre, les deux physiciens médicaux de l'établissements ont été désignés en qualité de « Personne compétente en radioprotection ».

Actuellement six services sont directement impliqués dans l'utilisation des rayonnements ionisants (radiologie, bloc opératoire, cardiologie, médecine nucléaire, urgences et radiothérapie).

Le rôle du comité de radioprotection est essentiellement consultatif. Ses missions, dans le domaine de la radioprotection, ne sauraient se substituer aux missions du chef d'établissement, du médecin du travail et des personnes compétentes en radioprotection qui sont clairement définies dans le décret du 31 mars 2003.

Les membres du comité de radioprotection doivent être :

- ❖ informés de l'avancée des textes législatifs et consultés sur leur mise en application
- ❖ impliqués dans l'organisation des formations en radioprotection
- ❖ doivent être les relais de la personne compétente dans les services
- ❖ consultés sur les études particulières en fonction des postes de travail
- ❖ informés des actions liées à la radioprotection
- ❖ informés des dépassements de dose et des moyens mis en œuvre pour y remédier
- ❖ consultés lors de la mise en œuvre de nouvelles recommandations
- ❖ informés et consultés sur les achats liés à la radioprotection
- ❖ informés des déclarations d'incidents liés à la radioprotection.

Ce comité est actuellement constitué :

- du directeur du Centre Hospitalier
- de la directrice des soins
- du cadre co-gestionnaire du pôle médico-technique
- du cadre médico-technique gestionnaire des risques
- du technicien hospitalier supérieur chargé de la sécurité
- des physiciens « personnes compétentes » en radioprotection
- du médecin du travail
- du chef de service de médecine nucléaire
- du chef de service de radiologie
- du chef de service de radiothérapie
- d'un praticien du service de chirurgie orthopédique
- d'un praticien du service de cardiologie
- d'un cadre médico-technique du service de radiologie
- d'une infirmière du service de médecine nucléaire
- d'un cadre de santé du bloc opératoire
- d'une représentante du CHSCT
- d'une manipulatrice de radiothérapie
- d'une infirmière du service de cardiologie

La fréquence des réunions de travail est au minimum semestrielle. En fonction des nécessités, des réunions exceptionnelles peuvent avoir lieu.

Les membres du comité de radioprotection élaborent un rapport annuel synthétique sur l'activité liée à la radioprotection au Centre Hospitalier.

4 - L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE

4-1 - L'organisation en pôles d'activité

(ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 et décrets N°2005-444 du 10 mai 2005 et N°2005-1656 du 26 décembre 2005)

Art 28 - Une nouvelle organisation : les pôles d'activité.

Le centre hospitalier, pour l'accomplissement de ses missions a défini son organisation interne en pôles d'activité.

Le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique, sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles.

Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins.

Art 29 - Conseil de pôle et responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique.

Dans chaque pôle d'activité, il est institué un conseil de pôle dont les attributions, la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

Les fonctions de responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique sont exercées par des praticiens titulaires.

Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement. En cas de désaccord, les responsables de pôle sont nommés par délibération du conseil d'administration. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

Le conseil d'administration définit la durée du mandat des responsables de pôle clinique ou médico-technique et des responsables de leurs structures internes ainsi que les conditions de renouvellement de leur mandat, dans les limites et selon des modalités fixés par décret.

Les responsables des autres pôles d'activité, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur.

Art 30 - Missions et rôle des praticiens responsables de pôles.

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

Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. Il est assisté selon les activités du pôle par une sage femme cadre ou un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences et par un cadre administratif.

Un cadre de direction est désigné par le Directeur en qualité de référent pour chaque pôle d'activité clinique ou médico-technique de l'établissement.

Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle 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.

Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur et au président de la commission médicale d'établissement, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins. Les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle.

Art 31 - Durée du mandat des responsables de pôles.

La durée du mandat des responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique et, le cas échéant, celle du mandat des responsables de structures internes à ces pôles ainsi que les conditions de leur renouvellement sont définies par le règlement intérieur.

La durée des mandats mentionnés à l'alinéa précédent ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.

Au Centre Hospitalier de Carcassonne, la durée du mandat des responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique a été fixée à trois ans.

4-2 - Les pôles d'activité

Art 32

La commission médicale d'établissement du 17 mai 2004 et le conseil d'administration du 25 mai 2004 ont voté la nouvelle organisation interne du centre hospitalier en pôles d'activité médicale et médico-technique. À ce jour, leur intitulé est le suivant :

- Pôle chirurgies - gastroentérologie - anesthésie
- Pôle réanimations - SAMU - SMUR -urgences

- Pôle vasculaire et métabolique
- Pôle onco - pneumo - rhumato - médecine - infectiologie
- Pôle mère - enfant
- Pôle médecine polyvalente gériatrique
- Pôle médico-technique - imagerie et explorations vasculaires
- Pôle dépendance et maintien de l'autonomie

Chaque pôle est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier responsable de pôle. Ce dernier est assisté par un cadre de santé (ou cadre supérieur de santé) co-gestionnaire du pôle et des référents administratifs (un cadre administratif et un cadre de direction).

Le conseil de pôle, instance représentative des différentes catégories de personnel est le garant de la cohérence médicale et de gestion du pôle et du respect des objectifs fixés dans le cadre de la contractualisation interne.

Son travail est préparé par un bureau de pôle. On trouvera en annexe VIII le « tronc commun minimum » des référents de pôle et en annexe IX la composition des conseils de pôles (nombre de sièges dévolus au groupe I et au groupe II et nombre de représentants à élire, membres titulaires et membres suppléants).

Art 33 - Objet des conseils de pôle d'activité

(Art R.6146-10 et suivants du CSP. Décret N°2005-1656 du 26 décembre 2005)

Les conseils de pôle d'activité ont notamment pour objet :

1° De participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ;

2° De permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

Art 34 - Organisation et fonctionnement des conseils de pôle d'activité

Les règles d'organisation et de fonctionnement des conseils de pôle d'activité sont réglementairement fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

Seules des personnels en fonction dans le pôle, à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an, peuvent être membres des conseils de pôle d'activité.

Outre le responsable du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle d'activité :

1° Dans les pôles d'activité clinique et médico-technique :

- a) le praticien responsable de chacune des structures internes composant le pôle ;
- b) le cadre supérieur de santé, la sage-femme cadre supérieur ou, à défaut, le cadre de santé ou la sage-femme cadre ainsi que le cadre administratif qui assistent le responsable du pôle ;
- c) les cadres supérieurs de santé ou les sages-femmes cadres supérieurs qui assurent l'encadrement de plusieurs cadres mentionnés au d ci-dessous ;
- d) le cadre de santé ou la sage-femme cadre qui assurent l'encadrement du personnel dans chacune des structures internes du pôle ;

Lorsque le nombre des cadres mentionnés aux c et d ci-dessus excède celui des praticiens mentionnés au a, le nombre des cadres mentionnés au d est réduit, à due concurrence.

2° Dans les pôles d'activité autres que cliniques et médico-techniques :

- a) le personnel de direction du pôle ;
- b) le cadre qui assiste le responsable du pôle ;
- c) les cadres qui assurent l'encadrement du personnel des structures internes du pôle.

Outre les membres de droit, le conseil de pôle comporte des membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque corps ou catégorie représentés au sein de deux groupes. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des membres titulaires et suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Les personnels mentionnés ci-dessus, titulaires, stagiaires ou contractuels sont électeurs et éligibles au sein des corps et catégories de l'un ou l'autre des deux groupes ci-dessous :

1° Le groupe des médecins, odontologistes et pharmaciens comprend les corps ou catégories suivants :

- praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel
- assistants et assistants associés
- praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels
- praticiens attachés et praticiens attachés associés
- internes et résidents

2° Le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière comprend les différents corps et catégories des personnels régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires.

Le règlement intérieur de l'établissement fixe le nombre de sièges attribués à chaque corps et catégorie de personnels de chacun des deux groupes selon les modalités suivantes :

1° le nombre de sièges est calculé au prorata des effectifs des corps ou catégories des personnels au sein du groupe considéré, appréciés, en équivalents temps plein, au dernier jour du troisième mois précédant la date d'affichage ;

2° le nombre de représentants titulaires de chaque groupe ne peut ni être supérieur au tiers des électeurs du groupe, ni excéder trente membres. L'application des dispositions qui précèdent ne saurait aboutir à ce qu'un corps ou une catégorie ne dispose pas au moins d'un siège ni à ce que les praticiens titulaires ne disposent pas au moins de la moitié des sièges.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par corps ou catégorie, à celui des membres titulaires. Lorsque le nombre de membres titulaires est supérieur à dix, le règlement intérieur de l'établissement peut réduire le nombre des membres suppléants à la moitié de celui des titulaires sans qu'il puisse être inférieur à dix.

La durée du mandat des membres élus du conseil de pôle d'activité est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Le règlement intérieur de l'établissement définit les conditions de la suppléance des membres titulaires momentanément empêchés de siéger.

En cas de cessation anticipée du mandat d'un membre titulaire, celui-ci est remplacé, pour la durée du mandat en cours, par le membre suppléant du corps ou de la catégorie considéré qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Lorsque, plus de sept mois avant le renouvellement général du conseil, un corps ou une catégorie ne comporte plus de membres suppléants, il est pourvu à leur remplacement.

La date de l'élection, les modalités du scrutin et les conditions du vote par correspondance sont fixées par le directeur de l'établissement.

Un mois au moins avant, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les deux groupes au titre de chacun des corps et catégories.

Le procès-verbal des opérations électorales est affiché pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai.

En cas d'exercice dans plusieurs pôles d'activité, le professionnel intéressé est, pour l'élection des membres des conseils de pôle, rattaché au pôle où il exerce à titre principal.

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

4-3 - Le règlement intérieur de pôle

Le règlement intérieur de pôle figure en annexe VIII

4-4 - Le corps médical

4.4.1 - Les praticiens à temps plein

(Articles R.6152.1 à R.6152.99 du CSP)

Art 35

Les praticiens à temps plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle au centre hospitalier à raison de 10 demi-journées hebdomadaires. A ce titre, ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le service public-hospitalier.

En outre, ils peuvent participer à des actions d'enseignement, de prévention et de recherche.

Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent, après accord du directeur se consacrer à des activités extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement ou de la recherche.

Ils participent au service des gardes et astreintes.

4.4.2 - Les praticiens à temps partiel

(Articles R.6152.201 à R.6152.276 du CSP)

Art 36

Les praticiens à temps partiel exercent à raison de six demi-journées hebdomadaires, conformément au tableau de service. L'activité des praticiens hospitaliers à temps partiel peut être ramenée à cinq demi-journées par semaine pour certains postes lorsque l'activité hospitalière le justifie, voire quatre pour certaines disciplines ou spécialités dont la liste est fixée par arrêté ministériel (cas de l'ophtalmologie où l'activité s'exerce à raison de quatre demi-journées hebdomadaires).

Les praticiens à temps partiel participent, par ailleurs, au service de garde et astreintes de nuit, des dimanches et jours fériés et sont tenus de répondre aux appels d'urgence.

4.4.3 - Les assistants des hôpitaux

(Art. R.6152.501 à R.6152.541 du CSP)

Art 37

Les assistants sont recrutés par contrat écrit passé avec le directeur sur proposition du chef de service, après avis de la commission médicale d'établissement et du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Ils sont recrutés pour une période initiale, soit d'un an, soit de deux ans renouvelable par périodes d'un an, à concurrence d'une durée totale d'engagement de six ans.

Les assistants des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention ou assurent des actes pharmaceutiques au sein de l'établissement, sous l'autorité du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service. Leurs obligations de service sont fixées à dix demi-journées par semaine lorsqu'ils exercent à temps plein.

Ils participent au service des gardes et astreintes.

4.4.4 - Les praticiens attachés

(Art. R.6152.601 à R.6152.711 du CSP. Décret N°2003-769 du 1^{er} août 2003 et N°2005-1422 du 17 novembre 2005)

Art 38

Les praticiens attachés et attachés associés exercent des fonctions hospitalières et participent aux missions du service public hospitalier.

Placés sous l'autorité du responsable de la structure médicale, odontologique ou pharmaceutique, dans laquelle ils ont affectés, ils sont chargés de le seconder.

Le conseil d'administration détermine annuellement les effectifs de praticiens attachés et le nombre total de demi-journées qu'ils sont susceptibles d'effectuer.

Le conseil d'administration se prononce sur proposition du directeur, en fonction des besoins exprimés, après avis de la commission médicale d'établissement.

Les praticiens attachés peuvent exercer concomitamment leurs fonctions dans un ou plusieurs services du même établissement ou dans des établissements différents.

Les praticiens attachés employés à temps plein (10 demi-journées) s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement public de santé employeur. Lorsqu'ils sont employés à temps partiel, ils peuvent exercer une activité rémunérée en dehors de leurs obligations statutaires.

Les intéressés sont tenus de respecter les dispositions du règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent.

Les praticiens attachés consacrent au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixées par leur contrat telles qu'elles figurent au tableau de service. Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires.

Les praticiens attachés participent au service des gardes et astreintes.

Les praticiens attachés associés participent à l'activité du service public hospitalier sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, dentiste ou pharmacien. À ce titre, ils peuvent exécuter des actes médicaux ou pharmaceutiques de pratique courante.

Ils peuvent être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisée sur place, en appui des personnels médicaux, du service statutairement habilités à participer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique sous leur responsabilité. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Dans les conditions prévues aux deux alinéas précédents, ils peuvent être appelés à répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs obligations de service.

4.4.5 - Les praticiens contractuels

(Art. R.6152.401 à R.6152.420 du CSP)

Art 39

Des praticiens contractuels à temps plein ou à temps partiel peuvent être recrutés dans les conditions définies aux articles R.6152.401 à R.6152.420 du CSP. La durée de leur contrat se situe entre six mois et deux ans maximum suivant le cas considéré. Ils sont nommés par le directeur, après avis de la commission médicale d'établissement et du médecin inspecteur régional de la santé. Ils participent au service des gardes et astreintes.

4.4.6 - Les internes et résidents

(Art. R.6153.1 à R.6153.40 du CSP)

Art 40

L'interne en médecine ou en pharmacie est un praticien en formation spécialisée. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation.

Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire.

L'interne participe au service de gardes et astreintes et bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit.

Il reçoit sur son lieu d'affectation, en sus de sa formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Les internes sont soumis au règlement des établissements dans lesquels ils exercent leur activité. Ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés.

4.4.7 - Les faisant fonction d'interne

(Art. R.6153.41 à R.6153.45 du CSP)

Art 41

Dans le cas où un poste susceptible d'être offert à un interne ou à un résident n'a pu être mis au choix des internes ou des résidents, ou s'il n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine, un pharmacien ou à un étudiant en pharmacie.

La liste des postes non pourvus d'internes ou de résidents situés dans les services agréés est communiquée au directeur régional des affaires sanitaires et sociales, qui peut y affecter des faisant fonction d'interne.

Pour les postes situés dans les services non agréés et pour les postes situés dans des services agréés non pourvus par la procédure mentionnée ci-dessus, l'affectation est décidée par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure intéressée. Le directeur de l'établissement de santé informe le médecin inspecteur régional de santé publique.

Peuvent être désignés en tant que faisant fonction d'interne :

1° - les médecins ou pharmaciens titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine qui effectuent des études en France en vue de la préparation de certains diplômes.

2° - les étudiants en médecine ou en pharmacie ressortissants d'un des Etats membres de la Communauté Européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen ayant respectivement validé les six premières années des études médicales ou les cinq premières années des études pharmaceutiques dans un de ces Etats, ou les étudiants en pharmacie ayant été admis au concours de l'internat.

A l'issue du choix et lorsqu'il reste des postes d'internes ou de résidents vacants, les anciens internes et les anciens résidents qui viennent de terminer leur cursus peuvent, sur leur demande, accomplir un semestre supplémentaire, renouvelable éventuellement une fois, après accord du directeur de l'établissement et avis du chef de service ou du responsable de la structure intéressée.

4.4.8 - Les pharmaciens

(Décret N°2000-1316 du 26 décembre 2000. Art L.5126-5 du CSP)

Art 42

Le pharmacien est chargé de l'organisation du service qui lui est confié dans les divers aspects de son activité.

Il est responsable de l'approvisionnement régulier des différentes unités de soins en médicaments (spécialités et préparations) et matériel médico-chirurgical, ainsi que du contrôle de leurs conditions de stockage.

Depuis le 1^{er} janvier 1995, les médicaments préparés à partir du sang sont soumis aux régimes d'autorisation et de distribution applicables aux médicaments. Le pharmacien est également responsable de la distribution dans l'établissement des médicaments dérivés du sang. Cette responsabilité ne peut être déléguée.

Il tient, selon les règles prescrites, la comptabilité des toxiques et des stupéfiants.

Il s'assure d'autre part de la qualité de la stérilisation et de celle des gaz médicaux. Il veille à la continuité des approvisionnements.

Avec les praticiens hospitaliers, le pharmacien participe à l'établissement et à la surveillance analytique des conditions d'utilisation de l'ensemble des produits pharmaceutiques. Il assure un contrôle de la délégation des prescriptions.

De plus il est responsable de la reconstitution centralisée des cytostatiques et de la mise en œuvre des bonnes pratiques de stérilisation des produits et instrumentation, soumis à cette opération.

4.4.9 - Les chefs de service

(ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 et décret N°205-444 du 10 mai 2005)

Art 43

Peuvent exercer la fonction de chef de service, les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation.

Les conditions de nomination sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service sont fixées par voie réglementaire. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement. Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions.

4.4.10 - Les sages-femmes

(Art L.6146-7 du CSP - Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994)

Art 44

Elles sont habilitées à pratiquer notamment les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique de l'accouchement, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-natals de la mère et de l'enfant, suivant les modalités fixées par leur code de déontologie. Dans ce cadre, elles relèvent de l'autorité de la sage-femme chef d'unité.

Les sages-femmes sont aussi habilitées à pratiquer la prise en charge de la surveillance post-interventionnelle pour des actes pratiqués en salle d'accouchement et dans le cadre d'accouchements par voie basse.

Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leurs compétences. Elles participent à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique.

4.5 - L'organisation du temps de travail médical et la continuité des soins

(Arrêtés des 30 avril 2003 et 10 septembre 2002. Circulaire N°219 du 6 mai 2003)

Art 45

L'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique est préparée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, après consultation des responsables de service. Elle est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la CME en tenant compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

Les activités médicales et pharmaceutiques sont organisées :

- en demi-journées ;
- par dérogation, en heures dans les structures à temps médical continu.

A l'initiative du responsable médical de la structure et après avis des praticiens concernés, la CME peut proposer, après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins, une organisation en service continu pour les activités d'anesthésie réanimation, d'accueil et de traitement des urgences, de réanimation, et de néonatalogie. Cette organisation est mise en place pour une durée de un an renouvelable. L'organisation médicale définit la durée des périodes de jour et de nuit (l'amplitude maximale est de 14 heures).

Le service quotidien de jour

Art. 46

Le service de jour, défini par la réglementation relative à la permanence des soins, comprend :

- les services médicaux, pharmaceutiques ou odontologiques quotidiens du matin et de l'après-midi, auprès des malades hospitalisés et des consultants externes du lundi au samedi matin inclus ;
- le cas échéant, l'ensemble des activités internes et externes autorisées par les statuts de praticiens.

Le service relatif à la permanence des soins

Art. 47

Il est organisé sur place ou par astreinte pouvant donner lieu à déplacement. Le praticien d'astreinte doit être joignable en permanence, répondre à tout appel et pouvoir intervenir dans les plus brefs délais.

L'astreinte peut prendre la forme :

- soit d'une astreinte opérationnelle de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités pouvant donner lieu à des appels réguliers ;
- d'une astreinte de sécurité de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités ne donnant lieu qu'à des appels peu fréquents.

Le praticien effectuant une astreinte transmet au directeur une fiche indiquant l'heure des appels reçus, les heures d'arrivée et de départ de l'hôpital, le nom des malades soignés et les soins dispensés.

La période de nuit peut-être divisée dans les conditions suivantes :

- une permanence à l'hôpital pendant la première moitié de la nuit ;
- pour la seconde partie de la nuit, une demi-astreinte opérationnelle.

En cas de nécessité de service à caractère urgent et absolu et dans le souci d'assurer la continuité des soins aux patients et la permanence des soins, le praticien, à sa demande écrite, peut être assigné par décision du directeur pour assurer une activité de jour alors qu'il devrait être en repos quotidien ou de sécurité.

Les tableaux de service

Art.48

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement, après avis de la CME. Sur cette base, un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur, sur proposition du chef de service.

Toutes les dispositions relatives à la permanence des soins sont prises après avis de la CME, à l'exception du tableau de service nominatif mensuel.

Le tableau général de service

Art.49

Ce tableau définit pour chaque activité la durée de la période de jour et de la période de nuit (inférieures ou égales à 14 heures), chacune divisée en 2 demi-périodes.

Il doit permettre de définir l'organisation annuelle prévisionnelle des activités et le besoin de temps de présence médicale par demi-période pour chaque service, en tenant compte des variations de l'activité en cours d'année.

Les tableaux mensuels de service

Art.50

Conformément à l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, le directeur de l'établissement établit, sur propositions des chefs de service, le tableau de service nominatif avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant.

Ce tableau est notifié aux chefs de service concernés et affiché dans les services.

Ce tableau répartit les sujétions résultant de la participation à la permanence des soins par roulement entre les praticiens et notamment celles attachées à la mise en place du repos quotidien de sécurité.

Il comporte l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile, en précisant le nom et les qualités du praticien qui en est chargé.

Il doit mentionner la présence de jour et de nuit de l'ensemble des praticiens rattachés à la structure.

Doivent également y figurer les activités comptabilisées dans les obligations de service (activité libérale, activité d'intérêt général, astreinte à domicile, congés, absences autorisées).

Ce tableau est réajusté à la fin de chaque mois, le versement de la rémunération et des indemnités étant conditionné par la constatation du service fait, sur la base de ce tableau réajusté.

Un récapitulatif individuel sur 4 mois est transmis à chaque praticien, faisant apparaître les périodes de temps de travail, les astreintes et les déplacements, ainsi que le cas échéant, la durée des absences et leur motif.

Les obligations de service des praticiens

Art 51

Un praticien à temps plein est réputé avoir rempli ses obligations de service hebdomadaires s'il a réalisé 10 demi-journées, sans considération du nombre d'heures effectivement réalisées.

Dans les services à temps médical continu, ses obligations sont remplies dès lors qu'il effectue la durée de travail prévue au tableau de service, dans la limite de 48 heures.

Les règles statutaires relatives à chaque catégorie de praticiens

Art 52

Les statuts de médecins hospitaliers prévoient leur temps de travail hebdomadaire par demi-journée.

Les praticiens hospitaliers

Leurs obligations sont de 10 demi-journées par semaine lorsqu'ils exercent à temps plein, y compris les périodes de nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel

Leurs obligations hebdomadaires varient selon la discipline et sont fixées par leur décision de nomination.

En principe elles sont de 6 demi-journées par semaine, mais peuvent être ramenées à 5 pour certains postes, lorsque l'activité hospitalière le justifie, et à 4 dans certaines disciplines, dont la liste est fixée par arrêté ministériel.

Les praticiens contractuels

Lorsqu'ils sont recrutés à temps plein, leurs obligations sont de 10 demi-journées. Lorsqu'ils sont recrutés à temps partiel, leurs obligations de service sont fixées par leur contrat de recrutement.

Les praticiens adjoints contractuels

Lorsqu'ils sont recrutés à temps plein, leurs obligations sont de 10 demi-journées. Lorsqu'ils sont recrutés à temps partiel, leurs obligations, fixées par contrat, ne peuvent être inférieures à 5 demi-journées.

Les assistants

Leurs obligations sont de 10 demi-journées par semaine, lorsqu'ils exercent leurs fonctions à temps plein et 5 ou 6 demi-journées lorsqu'ils exercent à temps partiel.

Les praticiens attachés

Les obligations de service qu'ils doivent effectuer sont fixées par leur contrat, entre 1 et 10 demi-journées hebdomadaires (l'exercice à 10 demi-journées étant considéré comme temps plein)

Obligations de service des internes

Les obligations de service des internes sont fixées à 11 demi-journées par semaine dont 2 consacrées à la formation universitaire (éventuellement cumulables dans la limite de 12 jours sur un semestre).

Les gardes effectuées au titre du service normal sont comptabilisées dans les obligations de service à raison de 2 demi-journées pour une garde.

L'organisation de la permanence des soins

Art.53

La permanence sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jours fériés la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

La permanence sur place ou en astreinte à domicile est organisée soit pour l'ensemble de l'établissement, soit par secteurs communs à une ou plusieurs activités.

La permanence peut regrouper d'autres établissements du territoire de santé. Cette organisation commune donne lieu à convention entre les établissements concernés, le temps mutualisé figure dans leurs tableaux de service et leurs tableaux mensuels nominatifs.

La participation des praticiens à la permanence des soins

Art. 54

Participent au service de garde tous les praticiens à temps plein ou à temps partiel, les assistants, les praticiens attachés ainsi que les praticiens contractuels.

Ne participent pas à la permanence des soins de nuit, samedi après-midi, dimanches et jours fériés :

- les praticiens accomplissant leur service à mi-temps thérapeutique, s'ils le demandent ;
 - les praticiens faisant l'objet d'une décision temporaire de cessation de participation.
- En effet, si l'intérêt du service l'exige, le préfet du département peut, sur proposition du médecin inspecteur de santé publique ou du directeur de l'établissement et après avis motivé de la CME, décider qu'un praticien cesse d'y participer pour une durée maximale de trois mois.

Des règles différentes s'appliquent selon les catégories de praticiens. Les praticiens à temps plein et temps partiel, les assistants, les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels justifient de la réalisation de leurs obligations de service sur quatre mois.

La permanence sur place est intégrée aux obligations de service des praticiens qui réalisent les obligations de jour, comme de nuit, la semaine, comme le dimanche ou les jours fériés. Une indemnité de sujétion compense les contraintes liées à ces périodes de travail.

Au titre de la permanence des soins, ils effectuent des périodes de temps de travail la nuit, le samedi après-midi, les dimanches ou jours fériés, qui donnent lieu au versement d'une garde ou d'une demi-garde.

Un praticien hospitalier ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à :

- une nuit par semaine et un dimanche ou un jour férié par mois, sous forme de permanence sur place.

Ainsi que, comme pour les autres statuts de personnel médical :

- trois nuits par semaine et deux dimanches ou jours fériés par mois sous forme d'astreinte à domicile.

Mais il peut, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service quotidien.

La participation à la permanence des soins des autres catégories de personnel médical

Art. 55

La participation des assistants associés et praticiens attachés associés à la permanence des soins est limitée à un appui de la permanence sur place ou de l'astreinte à domicile réservée aux praticiens statutairement habilités à le faire. Ils ne peuvent pas réaliser d'astreintes à domicile.

Les contreparties à la participation à la permanence des soins

Art. 56

La participation des praticiens à la permanence des soins est indemnisée sur la base de taux forfaitaires fixés par arrêté ministériel.

Les praticiens ont le choix entre l'indemnisation ou la récupération selon les modalités prévues par la réglementation.

Le repos quotidien et le repos de sécurité

Art.57

Les praticiens à temps plein et à temps partiel, les assistants, les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par période de 24 heures. Ils en bénéficient notamment dès qu'ils ont effectué un ou plusieurs déplacements pendant une astreinte de nuit.

Par dérogation, ils peuvent accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures, à l'issue de laquelle ils bénéficient d'un repos quotidien d'une durée équivalente.

Ils bénéficient d'un repos de sécurité pris immédiatement à l'issue d'une garde de nuit. Les internes en bénéficient également.

Le repos quotidien et le repos de sécurité de 11 heures, se définissent comme l'interruption de toute activité dans les activités de service continu et comme l'interruption de toute activité clinique en contact avec les patients pour les autres activités.

Les règles relatives au repos quotidien et de sécurité s'appliquent que le temps médical soit effectué dans ou en dehors de l'établissement d'origine du praticien.

Les règles relatives au temps additionnel

Art.58

Les praticiens à temps plein et à temps partiel, les assistants, les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels peuvent, sur la base du volontariat, assurer des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service.

Ce recours peut :

- être ponctuel ;
- donner lieu à un contrat de temps additionnel. Dans ce cas, les praticiens peuvent s'engager contractuellement à effectuer un volume prévisionnel de temps additionnel déterminé par quadrimestre, dans le respect des règles relatives au repos quotidien.

Le décompte du temps de travail additionnel intervient à l'issue du quadrimestre concerné, après prise en compte de la réalisation de la totalité des obligations de service hebdomadaires (en moyenne). Ce temps additionnel peut être indemnisé, récupéré ou versé au compte épargne temps (CET).

En ce qui concerne les praticiens attachés, la possibilité d'accomplir un temps additionnel est réservée, en principe, à ceux dont le contrat prévoit une quotité de temps de travail de 5 demi-journées au moins., sans que les périodes correspondantes puissent dépasser (sur 4 mois) une augmentation de 40% de la quotité de temps de travail du praticien. Toutefois, à titre exceptionnel, un praticien dont le contrat prévoit 5 demi-journées ou moins peut être sollicité pour effectuer des périodes de temps de travail additionnel.

4.5.1 - L'activité libérale

(Loi N°87-39 du 27 janvier 1987. Art. L.6154-1 à L.6154-7, R.6154-1 à R.6154-27 et D.6154-15 à D.6154-17 du CSP)

Art. 59

L'activité libérale des médecins hospitaliers est une activité que sont autorisés à exercer les praticiens titulaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Elle peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation.

En aucun cas les praticiens contractuels ne peuvent exercer d'activité libérale.

Les praticiens doivent effectuer personnellement et à titre principal, dans le secteur public hospitalier, une activité de même nature (consultations, soins en hospitalisation et actes médico-techniques) que celle effectuée à titre libéral.

Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur à ceux effectués au titre de l'activité publique.

La durée de l'activité libérale ne peut excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Aucun des actes ainsi exercés ne peut concerner directement ou indirectement le prélèvement, le transport ou la greffe d'organes ou de tissu humain.

La durée des consultations au titre de l'activité libérale ne doit pas être supérieure à celle pratiquée dans le secteur public et ne doit pas comporter un nombre ou un volume d'actes plus importants.

Le patient doit formuler expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien et avoir reçu toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix.

Le temps consacré à cette activité est porté sur le tableau de service.

4.5.2 - L'activité d'intérêt général

(Décret N°82-1149 du 29 décembre 1982 modifié par les décrets N°99-565 du 6 juillet 1999 et N°2005-336 du 8 avril 2005)

Art.60

Les praticiens à temps plein hospitaliers, après accord du directeur de l'établissement hospitalier, peuvent consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à conditions que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés participant au service public hospitalier ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'hôpital et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité.

Le temps consacré à cette activité est porté sur le tableau de service.

4.5.3 - Indemnités et allocations des personnels médicaux

(Art D.6152.23-1 et D.6152.220-1 du CSP. Décret N°2006-1222 du 5 octobre 2006)

Les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers peuvent percevoir :

1°) Des indemnités de participation à la permanence des soins ou de réalisation de périodes de travail au-delà des obligations de service hebdomadaire ;

2°) Des indemnités pour participation aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements publics de santé ;

- 3°) Une allocation spécifique versée aux praticiens hospitaliers ayant signé l'engagement prévu à l'article R.6152-5 du CSP ;
- 4°) Des indemnités visant à développer le travail en réseau ;
- 5°) Une indemnité correspondant à une part complémentaire variable de la rémunération ;
- 6°) Une indemnité d'engagement de service public exclusif ;
- 7°) Une indemnité pour activité dans plusieurs établissements

Le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement des indemnités et allocations sont fixés par arrêté ministériel.

5 - LE PATIENT AU CENTRE DE NOS PREOCCUPATIONS

5.1 - La protection et les droits fondamentaux du patient

(Art L1110.1 et suivants du CSP)

Art 61

Le patient a un droit fondamental à la protection de la santé et se voit garantir l'égal accès aux soins nécessités par son état de santé.

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Cependant, s'il bénéficie de droits, le patient a également des devoirs et certaines obligations (décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Articles R.1112-49 et 50 et R.1112-52 ci-après reproduits) :

→ Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement, jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé.

→ Les hospitalisés veillent à 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 malade dans les conditions prévues à l'article R.1112-49 du CSP.

→ Toute personne est tenue d'observer au sein de l'établissement de santé, une stricte hygiène corporelle.

5.1.1 - La liberté d'aller et venir¹

(Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 - Art. 9 du Code Civil - Art. L.1110-2 du CSP)

Art.62

La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle et elle est inhérente à la personne humaine.

Cette liberté s'interprète de manière extensive et prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne.

La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires est un droit inaliénable et tout doit être mis en œuvre pour affirmer le respect des droits du malade et de l'usager.

¹ Confer annexe XI : Remerciements et sources documentaires

L'exercice de la liberté de circulation constitue une priorité de la politique de soins et d'accueil.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir ne peuvent être que des raisons sécuritaires (sécurité des lieux, chantiers, travaux, ...) ou médicales liées aux contraintes de la réalisation des soins et des examens.

Ces restrictions, lorsqu'elles doivent être appliquées dans l'intérêt de la personne hospitalisée doivent être expliquées à la personne concernée et en principe, acceptées par elle, sauf situation d'urgence ou impossibilité pour elle de consentir du fait de son état physique ou personnes ayant des troubles cognitifs ou mentaux.

La contention, prescription médicale, **doit être exceptionnelle** et réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis.

5.2 - Les chartes des droits et libertés du patient

5.2.1 - la charte de la personne hospitalisée

(circulaire N°2006-90 du 2 mars 2006)

Art 63

Le résumé en 11 points de la charte de la personne hospitalisée annexé à la circulaire ministérielle du 2 mars 2006 tel que résumé ci-après est remis aux personnes hospitalisées avec le livret d'accueil et **est affiché dans tous les services**.

1 - 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.

2 - 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.

3 - **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.

4 - 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.

5 - **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.

6 - 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.

7 - 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.

8 - **La personne hospitalisée est traitée avec égards.** Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9 - 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.

10 - 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.

11 - 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. ²

5.2.2 - La charte de l'enfant hospitalisé

(décret N°90-917 du 8 octobre 1990)

Art 64

La charte de l'enfant hospitalisé s'inspire de la convention internationale des droits de l'enfant signée à New-York le 26 janvier 1990. Elle est reproduite ci-après et prise en compte :

- 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.
- 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.
- On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela 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.
- 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 le concernant.
- On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- Les enfants ne doivent pas être admis dans des 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.

² Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet : www.sante.gouv.fr. il peut être également obtenu gratuitement, dans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de la clientèle et des droits de la personne hospitalisée (poste 20 85 ou 20 04). Par ailleurs, il figure en Annexe VI du présent règlement.

- L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspond à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.
- L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

5.2.3 - La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante Art65

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « centre de séjour du Pont Vieux » et la maison de retraite « IENA », établissements pour personnes âgées, rattachés au Centre Hospitalier, veillent au respect de l'esprit de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante co-élaborée en 1999 par la Fondation nationale de gérontologie et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale et résumée ci-après dans ses principes essentiels :

- CHOIX DE VIE - Toute personne âgée et dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- DOMICILE ET ENVIRONNEMENT - Lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS - Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de société.
- PRESENCE ET ROLE DES PROCHES - Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- PATRIMOINE ET REVENUS - Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
- VALORISATION DE L'ACTIVITE - Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- LIBERTE DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE - Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- PRESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR - La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- DROITS AUX SOINS - Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- QUALIFICATION DES INTERVENANTS - Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.
- RESPECT DE LA FIN DE VIE - Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE - Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.....

5.2.4 - Le livret d'accueil

(Art. L.1112-2 du CSP - Ordonnance N°2000-548 du 15 juin 2000 - Arrêté du 7 janvier 1997 - Circulaire du 2 mars 2006)

Art. 66

Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte ministérielle de la personne hospitalisée figurant en annexe VI.

C'est un outil d'information et de communication qui témoigne de la volonté institutionnelle de garantir les droits des personnes accueillies.

Il a pour but de présenter l'établissement et d'informer sur les conditions d'admission, de séjour et de sortie.

Chaque structure adapte le contenu de son livret en fonction de son organisation générale et de la nature de ses activités.

La présentation du livret d'accueil est libre mais les rubriques qu'il doit comprendre sont définies par un arrêté ministériel. Les principales dispositions contenues dans le livret d'accueil figurent au point 6.20 du présent règlement intérieur.

5.2.5 - La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

(Art. L.1112-3 et R.1112-79 à R.1112-94 du CSP - Lois N°2002-303 du 4 mars 2002 et N°2004-806 du 9 août 2004 - Décret N°2005-213 du 2 mars 2005)

Art.67

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades prévoit la création, dans chaque établissement de santé, d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le décret du 2 mars 2005 précise ses missions et ses modalités de fonctionnement.

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a une double mission :

- **Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches**

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers et leurs proches ainsi que les réponses apportées sont tenues à la disposition des membres de la commission.

La commission examine celles des plaintes et des réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

- **Contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes hospitalisées et de leurs proches**

Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité

- une synthèse des réclamations et des plaintes adressées à l'établissement de santé au cours de l'année précédente
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales
- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers

A partir de ces informations, la commission :

- procède à une appréciation des pratiques de l'établissement, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus ainsi que les suites apportées
- recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration et évalue l'impact de leur mise en œuvre
- formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport qui ne comporte que des données anonymes. Il est transmis au conseil d'administration, à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ; elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil qui précise les modalités de fonctionnement de la commission.

Art.68

Les modalités de fonctionnement de la commission

La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel est fixée à trois ans renouvelables. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le président ne prend pas part aux votes. Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances avec voix consultative.

La commission se réunit sur convocation de son président et aussi souvent que nécessaire pour examiner les plaintes et réclamations qui lui sont transmises.

L'ordre du jour est communiqué au moins huit jours avant la réunion.

La commission a établi son règlement intérieur qui est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2005.

Art.69

La composition de la commission

- Le directeur ou son représentant
- Le président de la commission médicale d'établissement
- Un médecin médiateur titulaire

- Un médecin médiateur suppléant
- Un médiateur non médecin titulaire
- Un médiateur non médecin suppléant
- Deux représentants des usagers titulaires
- Deux représentants des usagers suppléants
- Le directeur adjoint qualité/accréditation
- L'infirmière qualité/accréditation

5.2.6 - La gestion des plaintes des patients

(Lois N°2002-303 du 4 mars 2002 et 2002-1577 du 30 décembre 2002 - Art. R.1112-91 et 92 du CSP - Décret N°2005-213 du 2 mars 2005 - Circulaire N°2006-90 du 2 mars 2006)

Art 70

Le centre hospitalier de Carcassonne possède une « direction de la clientèle et des droits de la personne hospitalisée » chargée de l'accueil, de l'écoute et de la gestion des doléances, réclamations ou plaintes de toute personne prise en charge par l'établissement.

La responsabilité déléguée de cette direction fonctionnelle est assurée par un directeur-adjoint, joignable à son secrétariat (Tél : 04 68 24 20 85 ou 20 85 en interne).

Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable pour exprimer ses griefs et demander, le cas échéant, réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux, conformément aux dispositions de la Charte de la personne hospitalisée annexée au présent règlement intérieur (annexe VI).

Les réclamations peuvent être écrites ou orales.

Les réclamations écrites doivent être adressées, de préférence, au directeur de l'établissement ou au directeur adjoint chargé du service « clientèle et droits de la personne hospitalisée ».

Elles peuvent prendre la forme d'une lettre, d'un commentaire formulé sur le questionnaire de sortie, d'un courrier arrivant sur le site Internet.

Les réclamations orales et directes de la part des usagers du service public hospitalier sont également prises en compte lors de la réception des intéressés par le service « clientèle et droits de la personne hospitalisée ».

Les réclamations peuvent aussi être téléphoniques.

Le traitement initial des réclamations obéit aux règles suivantes :

- inscription de la plainte sur un registre spécial prévu à cet effet
- envoi d'un accusé de réception systématique au patient lui indiquant que des explications seront apportées à ses doléances
- demande d'informations au chef de service concerné par la réclamation

La réponse à la réclamation dépend étroitement de son motif et des objectifs recherchés par le plaignant.

Elle peut être apportée de la manière suivante :

- courrier du directeur ou de son représentant ou du chef de service concerné ou du médecin médiateur
- rencontre avec le directeur ou son représentant ou avec le chef de service concerné ou avec le médecin médiateur
- entretien téléphonique

En cas de demande de réparation financière, l'établissement saisit son assureur et informe le patient de cette démarche.

Il est rappelé que si l'établissement peut reconnaître la matérialité des faits, il ne peut pas, en revanche, décider de son propre chef que sa responsabilité est engagée.

Ainsi, dès lors qu'une demande d'indemnisation est formulée, la décision de transiger appartient à l'assureur.

Enfin, dans l'hypothèse où l'établissement prend connaissance de la réclamation à l'occasion de la réception d'une requête en responsabilité déposée auprès d'une juridiction, il en informe son assureur.

5.3 - La personne de confiance

(Lois N°2002-303 du 4 mars 2002 et N°2005-370 du 22 avril 2005. Art.L1111-6 du CSP)

Art.71

Depuis la loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la désignation d'une personne de confiance doit être systématiquement proposée à toute personne majeure lors de son hospitalisation.

Cette personne de confiance (qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant) pourra, si le patient le souhaite, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

En outre, elle sera informée en cas de diagnostic ou de pronostic grave et consultée si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Sa désignation doit être faite par écrit. Révocable à tout moment, elle est valable pour la durée de l'hospitalisation (à moins que le patient n'en décide autrement).

Un guide de la personne de confiance est annexé au présent règlement (annexe V).

5.4 - Les directives anticipées en fin de vie

(Art. L1111-4 et 1111-11 - R.1111-17 et 18 du CSP - Loi N°2005-370 du 22 avril 2005 - Décret N°2006-119 du 6 février 2006)

Art.72

Les directives anticipées concernent l'expression, pour une personne majeure, de la volonté relative à la fin de vie et s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

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 indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, soit révoquées sans formalité.

Leur durée de validité de trois ans est renouvelable. Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans.

Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale.

A cette fin, elles sont conservées dans le dossier médical.

Toutefois, les directives anticipées, peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance ou à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier médical.

Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.

5.5 - La fin de vie

(Loi N°2005-370 du 22 avril 2005 - Art. L.1110-9 et suivants du CSP)

Art.73

Lorsqu'une personne majeure est en fin de vie, les actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe inter disciplinaire. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultées. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

5.6 - L'obligation d'information du patient

(Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002)

Art.74

L'information médicale est un droit fondamental de la personne hospitalisée. L'obligation d'information incombe à tous les professionnels de l'hôpital.

L'information fait partie intégrante de la relation de soin et permet au patient de prendre, avec les professionnels de santé, les décisions concernant sa santé, d'éclairer son consentement et de faciliter son adhésion au traitement.

Le patient est le destinataire de l'information le concernant. Le secret médical ne lui est pas opposable. Il reçoit cette information au cours d'entretiens médicaux, de consultations, lors des visites ou en accédant à son dossier médical.

Lorsque le patient est mineur, les titulaires de l'autorité parentale reçoivent directement l'information. Néanmoins, si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans la mesure du possible.

Lorsque le patient est placé sous un régime de protection juridique telle que la sauvegarde de justice ou la curatelle, il reçoit, en principe, directement l'information médicale car il est apte à consentir aux soins. Pour la personne placée sous curatelle, il convient cependant de connaître l'étendue de la décision de justice afin d'appréhender les actes qu'elle peut accomplir seule.

Par contre, lorsque le majeur est sous tutelle, l'information est délivrée au tuteur.

Les proches du patient peuvent également être concernés par l'information médicale, notamment en cas de pronostic grave.

L'information sur l'état de santé du patient et les options thérapeutiques envisagées doit être délivrée par un médecin, dans le cadre du colloque singulier, c'est-à-dire lorsqu'il est en tête-à-tête avec son patient.

L'organisation des soins à l'hôpital suppose fréquemment l'intervention de plusieurs praticiens. Chacun est alors chargé de délivrer l'information correspondant à ses compétences particulières et à son champ d'intervention.

Les médecins doivent également partager, entre eux, les informations médicales concernant le patient.

Au quotidien, le personnel para-médical communique avec le patient. Cependant, son rôle doit se limiter à vérifier la compréhension des informations reçues ou à préciser les modalités de déroulement des examens complémentaires.

Toute personne a droit à une information claire et précise de son état de santé. Si des traitements, des actions de prévention ou autres solutions peuvent lui être proposés, il doit en être informé, ainsi que des conséquences en cas de refus.

Cette obligation d'information s'étend également à :

- L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Lors de la première consultation, le médecin doit exposer les méthodes médicale et chirurgicale de l'IVG, énoncer les risques médicaux encourus pour la patiente et pour les futures grossesses et expliquer les effets secondaires.

Par ailleurs, il remet à sa patiente un dossier guide rappelant la réglementation, les droits et aides garantis, la liste des établissements réalisant l'IVG, les associations de soutien...

- La recherche biomédicale

Le médecin présente aux patients l'objectif de la recherche, la méthodologie employée, la durée prévisionnelle, les bénéfices attendus, les risques prévisibles et lui précise la possibilité de retirer leur consentement à tout moment.

- La transplantation d'organe

Le prélèvement d'organe sur une personne vivante est précédé d'une information du donneur sur les risques encourus et les conséquences prévisibles du prélèvement.

- Le diagnostic prénatal

La femme enceinte est informée des caractéristiques de la maladie génétique, des moyens de la détecter, des options thérapeutiques et des risques inhérents aux prélèvements.

Art. 75 - Les exceptions à l'obligation d'information

- L'urgence

Il s'agit des situations dans lesquelles le patient doit bénéficier des soins médicaux ou chirurgicaux alors qu'il est dans l'incapacité de recevoir des informations.

En cas de nécessité vitale et en l'absence d'alternatives thérapeutiques, le médecin doit délivrer les soins qui s'imposent.

- La volonté de ne pas être informé

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.

5.7 - L'accès au dossier médical

(Loi N°91-748 du 31 juillet 1991 - Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 - Décret N°2002-637 du 29 avril 2002 - Arrêté du 5 mars 2004 - Livret d'accueil)

Art.76

Les informations de santé concernant chaque patient sont contenues dans son dossier médical. Celui-ci est composé d'éléments tels que conclusions de l'examen d'entrée, diagnostics, correspondances avec d'autres praticiens, radios

Les droits des personnes hospitalisées ont été renforcés par l'accès direct des patients à leur dossier médical. Toutes les informations formalisées détenues par l'établissement sont communicables (sauf exceptions prévues par la loi).

Toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations concernant sa santé directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne, chargé de remplir un rôle d'intermédiaire. L'accès au dossier médical est garanti à tout patient. En revanche, ce dernier n'a pas accès aux informations concernant des tiers.

Les professionnels de santé peuvent recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, notamment s'ils estiment qu'il y a un risque pour la personne concernée d'une connaissance sans accompagnement.

Cette tierce personne peut être un médecin du service concerné ou le médecin médiateur de l'établissement.

Art. 77. - Qui peut accéder au dossier médical ?

- Le patient

Chacun peut accéder librement à son dossier médical. La CADA (commission d'accès aux documents administratifs) a précisé que la demande n'a pas à être motivée quand elle émane du patient lui-même.

- Le mineur

Lorsque la demande concerne un mineur, elle doit être effectuée par le détenteur de l'autorité parentale. Cependant, à la demande du mineur, l'accès au dossier peut avoir lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

- Le majeur protégé

Pour le majeur faisant l'objet d'une mesure de protection, le titulaire de l'accès au dossier médical est le tuteur. Dans cette hypothèse, l'accord préalable du majeur incapable ne doit pas être demandé.

- La situation spécifique des ayants droit

Les ayants droit peuvent obtenir communication de certains éléments du dossier médical d'une personne décédée pour l'une des trois raisons suivantes :

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

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

D'après la CADA, les ayants droit sont :

- le conjoint survivant
- les légataires universels ou à titre universel

Le concubin n'a pas qualité d'ayant droit sauf dispositions testamentaires particulières.

Par contre, chaque ayant droit peut demander à titre individuel, l'accès au dossier médical d'un défunt.

Il n'est pas nécessaire de recueillir l'avis de tous les ayants droit avant d'effectuer la communication et l'existence d'un conflit entre ayants droit ne peut être retenue pour refuser l'accès au dossier de l'un d'entre eux.

Art. 78. Les modalités pratiques de l'accès au dossier médical

Afin de garantir l'effectivité du droit d'accès au dossier médical, le législateur a imposé des délais aux établissements de santé.

Par ailleurs, la procédure de communication des dossiers médicaux est réglementée et s'accompagne d'un certain formalisme. Les hôpitaux peuvent facturer aux patients une partie des frais engagés pour faire droit à leur demande.

- Les informations communicables :

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé : diagnostic, traitement ou action de prévention, écrits entre professionnels de santé, résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance.

Seuls les éléments du dossier médical du défunt en relation directe avec le motif de la demande seront communicables aux ayant-droits.

La transmission des informations mentionnant (ou émanant) des tiers est interdite.

- Les délais de communication :

Le patient doit pouvoir accéder à son dossier médical dans les huit jours suivant sa demande. Ce délai court à compter de la date de réception de la demande. Il est applicable à toutes les demandes d'accès qu'elles soient des demandes de consultation sur place ou des demandes de photocopies de dossiers. Ce délai est porté à deux mois dans deux cas :

- lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans
- lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

La loi ne prévoit pas de sanction en cas de dépassement des délais.

- les aspects formels de la communication des dossiers :

la communication des dossiers peut avoir lieu sur place avec, le cas échéant, remise de copies des documents ou par l'envoi postal d'un double du dossier.

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

Si, au terme du délai prévu par la loi, le demandeur n'a pas précisé ses intentions, l'établissement lui transmet les informations qui indiquent les modalités prévues au centre hospitalier de Carcassonne.

Si l'établissement l'estime nécessaire, il peut être proposé un accompagnement médical au patient. Le refus de ce dernier ne fait pas obstacle à la communication des informations.

- La facturation des dossiers médicaux :

La consultation sur place est gratuite.

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

- Les demandes abusives

Si un patient multiplie les demandes d'accès à son dossier médical, l'établissement peut refuser d'effectuer la communication dès l'instant que tous les documents lui ont déjà été adressés.

- A qui s'adresser pour obtenir le dossier médical ?

Cette demande qui peut être orale ou écrite doit être adressée au directeur ou au médecin responsable du service de l'information médicale de l'établissement. Toute information à ce sujet peut être obtenue en téléphonant à ce service aux heures ouvrables : (Tél : 04 68 24 35 97).

Art. 79. - Saisie du dossier médical par le parquet

Dans certaines circonstances, la justice exige la remise d'un dossier médical.

La saisie du dossier s'effectue au vu d'une réquisition du parquet.

Cette saisie se fait en présence du médecin désigné à cet effet par le conseil de l'ordre, de l'officier de police agissant sur ordre du parquet, du médecin en charge du patient lors des soins (représenté le cas échéant par le médecin-chef du service de l'information médicale), du directeur ou de son représentant et le cas échéant du médecin ayant pris en charge le patient dont le dossier est saisi.

Un procès-verbal est établi par l'officier de police après chaque saisie de dossier médical.

5.8 - Le service de l'information médicale

(Loi N°93-121 du 27 janvier 1993 - Art. L.6113-7 et L.6113-8, R.710.5.1, R.710.5.4, R.710.5.10, R.711.1.4 du CSP - Arrêté du 31 décembre 2003)

Art 80

Le service de l'information médicale est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le département d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Le médecin chef de service est responsable de leur validité et de leur exhaustivité.

Il met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utile à cette réalisation.

Le centre hospitalier de Carcassonne recourt au traitement automatisé d'informations nominatives dans le cadre de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le droit d'accès s'exerce dans les conditions définies par voie législative ou réglementaire.

Les archives médicales sont placées sous l'autorité du directeur. Celle-ci est déléguée au médecin responsable du service de l'information médicale.

Les dossiers médicaux y sont classés, gérés et conservés selon les dispositions réglementaires en vigueur et demeurent la propriété de l'établissement.

5.9 - Le secret professionnel

(Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 ; code de la santé publique, code pénal, code de déontologie médicale)

Art.81

Le secret professionnel constitue l'un des droits fondamentaux de la personne hospitalisée.

Il s'impose à tous les personnels détenteurs d'informations sur la personne soignée.

Toute personne hospitalisée a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant.

Le personnel hospitalier est tenu au secret professionnel. Cette obligation est inscrite au code de déontologie médicale ainsi que dans les codes de déontologie d'autres professions (pharmaciens, chirurgiens dentistes, sages-femmes ...), les textes portant statuts particuliers (infirmiers, assistants de service social ...) qui déterminent la nature et la portée du secret professionnel.

Ces dispositions s'appliquent sans distinction de fonctions à l'ensemble des personnels.

Le secret partagé

La prise en charge des patients hospitalisés suppose l'intervention d'une pluralité de professionnels de santé. Afin de pouvoir répondre de manière optimale aux besoins des personnes malades, ces professionnels échangent entre eux des informations sur leur état de santé.

Le secret s'imposant à tous à l'égard des tiers, on parle alors de secret partagé.

La portée du secret professionnel à l'hôpital

La notion de secret professionnel à l'hôpital est très large puisqu'elle couvre toutes les informations concernant la personne soignée y compris sa présence dans l'établissement.

Le secret professionnel est institué dans l'intérêt du malade. Il ne lui est donc évidemment pas opposable car toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Il convient de souligner qu'en cas de pronostic ou de diagnostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches ou la personne de confiance éventuellement désignée reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à la personne malade, sauf opposition de sa part.

Art 82 - Les dérogations au secret professionnel :

Assurer le bon fonctionnement de l'état civil

Il convient de déclarer à l'officier d'état civil la naissance d'un enfant en cas de carence des parents.

Par ailleurs, les médecins doivent établir les certificats de décès sur un formulaire composé d'un feuillet destiné à l'état civil et d'un autre destiné au médecin inspecteur de la santé publique. Ils signalent notamment s'il existe un obstacle médico-légal à un transport de corps avant mise en bière.

Protéger la santé publique

Les médecins sont tenus de déclarer à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales les maladies, définies par décret, qui nécessitent une intervention urgente ou dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

Protéger les patients

Le personnel médical doit déroger au secret médical pour protéger les patients dans certains cas :

- établir pour les accidents du travail et les maladies professionnelles des certificats décrivant les lésions et ses conséquences ;
- mentionner sur un carnet de santé les résultats des examens médicaux réalisés sur les enfants ;
- déclarer à l'autorité judiciaire, en vue de l'ouverture d'une mesure de sauvegarde de justice, toute personne qui présente une altération des facultés mentales qui, de ce fait, nécessite d'être protégée dans les actes de la vie civile ;
- permettre la mise en œuvre des différentes vigilances dans les établissements de santé ;
- établir les certificats nécessaires permettant d'hospitaliser une personne atteinte de troubles mentaux.

Informers l'autorité sanitaire

L'autorité sanitaire doit être prévenue dans certains cas :

- toute interruption de grossesse réalisée dans l'établissement doit être déclarée au médecin inspecteur régional, sans mentionner l'identité de la personne ;
- tout accident médical, affection iatrogène, infection nosocomiale ou événement indésirable associé à un produit de santé doit être déclaré ;
- toute infection nosocomiale doit être signalée de façon non nominative selon les critères définis par voie réglementaire ;

Enfin, des dérogations au secret sont prévues pour l'analyse de l'activité de l'établissement, le codage des actes, le recouvrement des créances hospitalières, etc ...

Par ailleurs, il n'y a pas de violation du secret professionnel quand :

- les autorités judiciaire, médicale ou administrative sont informées par une personne de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles 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 état physique ou psychique ;

- un médecin, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession (lui permettant notamment de présumer de violences sexuelles). L'accord de la personne mineure n'est pas nécessaire ;
- des professionnels de santé ou de l'action sociale informent le préfet du caractère dangereux pour elle-même ou pour autrui d'une personne qui dispose d'une arme ou qui manifeste l'intention d'en acquérir une.

Il est également possible de fournir au patient et à l'administration des renseignements médicaux permettant d'instruire un dossier de pension civile ou militaire ;

Secret professionnel et justice

La commission rogatoire permet aux officiers de police judiciaire de bénéficier de pouvoirs coercitifs en agissant sur délégation du juge d'instruction.

Quel que soit le type d'enquête, les demandes faites aux établissements hospitaliers doivent prendre la forme de réquisitions écrites.

5.10 - Le cas particulier du signalement

(Lois N°1084-74 du 10 juillet 1989, N°98-468 du 17 juin 1998, N°2000-197 du 6 mars 2000 - Art. 223-6, 226-13 et 14 et 431-1 du Code pénal - Circulaire N°2001-044 du 15 mars 2001)
Art.83

Tout personnel hospitalier dans l'exercice de ses fonctions ayant connaissance d'une situation familiale, conjugale ou autre qui entraîne des sévices, des privations ou des mauvais traitements est tenu de le signaler sans délai à l'autorité judiciaire.

- **Le signalement doit être écrit**

Signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire après une évaluation (pluridisciplinaire si possible), en vue d'une intervention institutionnelle.

Le signalement est un écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'une personne présumée en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire.

Le signalement se justifie en raison d'indicateurs d'alerte de maltraitance ou de danger qui peuvent prendre plusieurs formes, notamment :

- des lésions sur le corps laissant présumer des violences physiques (hématomes sur plusieurs parties du corps de l'enfant, traces de coups, de brûlures de cigarettes ou de morsures)
- des troubles anormaux de comportement (anxiété, repli sur soi) laissant présumer des violences d'ordre psychologique (brimades répétées et disproportionnées)
- des expressions de souffrance
- des signes laissant présumer des carences graves (négligence de l'hygiène corporelle de l'enfant, signes de malnutrition chez la personne âgée, manque de sommeil, absentéisme scolaire injustifié ...).

- **Le signalement est obligatoire**

La loi impose à chacun de ne pas se taire et d'agir lorsqu'il a connaissance de la situation d'une victime en danger.

Ainsi, quiconque, ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, doit en informer les autorités judiciaires ou administratives.

Quiconque, ayant connaissance de privations ou de mauvais traitement ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, doit en informer les autorités judiciaires ou administratives, sous peine d'être puni.

- **Le secret professionnel doit être levé**

Le secret professionnel s'impose à tout médecin mais plus largement à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

La révélation du secret est autorisée pour :

- celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives
- le médecin qui porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés

La loi instaure une protection particulière pour les travailleurs sociaux dénonçant des faits de maltraitance. Aucune sanction disciplinaire ne peut être prise envers le signalant.

Le Code pénal levant le secret autorise la dénonciation des violences mais d'aucune manière celle de leur auteur présumé. Le médecin ou le personnel hospitalier n'est tenu que de signaler les faits constatés.

Information de la famille ou des proches

Les titulaires de l'autorité parentale seront informés par écrit de la démarche entreprise par les services sociaux du département. Il est important d'associer les parents si possible aux mesures d'aide et de soutien qui seront prises et de recueillir l'adhésion parentale.

Exception sera faite à ce principe dans les cas où l'information peut mettre l'enfant en danger et/ou entraver le cours de la justice. Lorsqu'il y a un risque d'interférence sur le déroulement d'une enquête pénale l'information des parents est différée.

Pour que les proches soient informés, la victime doit, en principe, donner son accord.

Auprès de qui faut-il signaler ?

- l'autorité judiciaire ou la gendarmerie

en cas de nécessité de faire cesser immédiatement une situation mettant en péril une personne majeure ou mineure, afin de sauvegarder son intégrité physique ou morale, il peut être nécessaire de faire appel à un service d'intervention rapide : le commissariat de police ou la brigade de gendarmerie territorialement compétent.

Le procureur de la République doit être directement saisi lorsqu'on constate qu'une victime court un danger immédiat ou est victime d'actes susceptibles de constituer une infraction pénale.

La saisine directe du procureur de la République a pour finalité de faire cesser immédiatement le danger et d'assurer la protection de la victime lorsqu'une décision de retrait de son milieu s'impose. Dans les cas d'allégations d'abus sexuels, le procureur doit être directement saisi.

5.11 - Le respect de l'anonymat à l'hôpital

(Lois N°2002-303 du 4 mars 2002, N°2002-93 du 22 janvier 2002, N°2004-810 du 13 août 2004 - Art. L.1110-4 et L.3414-1 du CSP)

Art.84

La loi offre la possibilité aux citoyens de bénéficier d'une admission couverte par l'anonymat par la non-divulgateion de la présence ou par la simple vigilance à l'égard de l'information des tiers.

Cas légaux d'anonymat :

- **L'accouchement sous X**

(Art.22 du décret N°2002-781 du 3 mai 2002, pris pour l'application de la loi N°2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines personnelles des personnes adoptées et des pupilles de l'Etat).

Lors d'un accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservée, il s'agit d'un accouchement sous X. Dans ces cas, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise.

Le directeur de l'établissement informe le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de cette admission.

La demande d'accouchement dans l'anonymat ne peut être formulée que par la parturiente elle-même lors de son admission. Cela signifie que le secret ne peut être accordé après l'accouchement.

Aucun document d'identité n'est alors demandé par les services de l'établissement. L'identité de la parturiente n'apparaît sur aucun registre administratif ou médical.

Si la mère ne souhaite pas donner de prénoms à l'enfant, il revient au personnel de la maternité d'en déterminer trois. Le fait d'accoucher sous X n'empêche cependant pas la mère de reconnaître l'enfant ultérieurement.

La loi du 22 janvier 2002 a modifié le dispositif réglementaire en tenant compte des aspirations des enfants nés sous X de connaître leurs origines personnelles. La femme est informée des conséquences juridiques de son acte et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire.

Elle est 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 (sans vérification par les services de l'hôpital).

Elle est informée de sa possibilité de lever l'anonymat à tout moment. Si elle laisse son identité sous pli fermé, les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant, la date, l'heure et le lieu de naissance sont inscrits à l'extérieur de ce pli.

Ces formalités sont réalisées par des agents du service de l'aide sociale à l'enfance avisés par le directeur de l'établissement de santé. A défaut, ces formalités sont réalisées sous la responsabilité de ce dernier. Un conseil national d'accès aux origines personnelles est chargé de faciliter les démarches des individus souhaitant connaître leurs origines.

- **La toxicomanie**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement de santé pour se faire traiter peuvent demander à bénéficier de l'anonymat.

La non-divulgence de la présence

Dans les situations d'anonymat évoquées plus haut, l'identité des personnes est inconnue des personnels hospitaliers et ne figure sur aucun document officiel.

Il existe par ailleurs, des situations dans lesquelles l'identité des patients est connue des services hospitaliers mais dont la présence n'est pas divulguée aux tiers, à la demande des patients.

Par ailleurs, les mineurs disposent de la possibilité de garder le secret de leur hospitalisation à l'égard des titulaires de l'autorité parentale depuis la loi sur l'interruption volontaire de grossesse et la contraception de 2001 et celle relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002.

La non-divulgence de leur présence découle directement du secret demandé par le mineur.

La discrétion professionnelle

L'hospitalisation ne revêt pas de caractère secret en dehors des situations sus-mentionnées.

Au quotidien, les personnels doivent veiller au respect du secret médical en faisant preuve de discrétion. Ils doivent s'assurer auprès du patient de l'identité des personnes à qui il est possible de communiquer des informations et de rester très prudents vis-à-vis des demandes de renseignements téléphoniques ou transmis par télécopie.

5.12 - La prise en charge de la douleur des patients

(Art. L1110-5 et L1112-2 et 4 du CSP - Loi N°2005-370 su 22 avril 2005 ; circulaire du 11 février 1999)

Art.85

Lutter contre la douleur est devenu un droit des malades. Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur qui doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Le malade douloureux chronique bénéficie d'une prise en charge spécifique fondée sur les règles suivantes :

- assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales ;
- décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial ;
- obtenir du malade sa confiance, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur ;
- prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du patient ;
- pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe.

La lutte contre la douleur est une priorité de la politique de l'établissement.

La réflexion sur la lutte contre la douleur est associée à la politique menée par l'établissement en matière de soins palliatifs car il existe entre eux de réelles interfaces.

L'information délivrée aux personnes malades et à leur entourage

L'information orale et écrite a pour but d'associer le malade à sa prise en charge en l'informant de ses droits concernant le soulagement de la douleur, l'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement, en l'encourageant à communiquer les épisodes douloureux et à lever les craintes liées à l'usage des antalgiques, en lui fournissant des indications. Une information écrite est réalisée à l'arrivée de la personne malade à partir du livret d'accueil qui contient la charte de la personne hospitalisée et des informations sur les droits relatifs au soulagement de la douleur.

L'évaluation de l'intensité de la douleur

Cette évaluation s'effectue à l'aide d'échelles d'auto-évaluation.

L'évaluation de l'intensité de la douleur doit être réalisée systématiquement et être pluriquotidienne afin de suivre l'évolution de la douleur.

Les personnels soignants jouent un rôle primordial dans le dépistage de la douleur et doivent être associés à cette démarche d'évaluation.

La mise en place de moyens de prévention et de traitement de la douleur

La mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur consiste en une description de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer.

Ils permettent d'intervenir sans délai, de personnaliser la prescription et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité.

La transmission d'information entre professionnels

Les informations relatives à la douleur doivent être présentes dans le dossier du patient. Un échange d'information entre professionnels hospitaliers au cours du séjour du malade est nécessaire, mais également entre hospitaliers et libéraux à l'occasion de la sortie du malade.

Le centre hospitalier est doté d'un comité local de lutte contre la douleur (CLUD) : confer Point 3.5.11 du présent règlement intérieur.

5.13 - La lutte contre le tabagisme

(Code de la santé publique - Art L.3511-1 à L.3512-4, L.3511-7, R.3511-1 à R.3512-2. Décret N°2006-1386 du 15 novembre 2006. Circulaires N°330 du 8 juin 1999, N°2000/182 du 3 avril 2000, du 8 décembre et 12 décembre 2006)

Le décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif pose, à compter du 1^{er} février 2007, le principe d'une interdiction totale de fumer dans les lieux à usage collectif, notamment dans les établissements de santé.

Le décret du 15 novembre 2006 est complété par la circulaire du 8 décembre 2006 qui renforce le dispositif des sanctions.

Les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer et ne sont plus autorisés à aménager des emplacements réservés aux fumeurs.

L'interdiction de fumer doit faire l'objet d'une signalisation accompagnée d'un message sanitaire de prévention et proposant d'accéder aux différents programmes de sevrage tabagique.

La circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux (tels que les EHPAD du « Centre de Séjour du Pont Vieux » et « IENA ») précise les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans ces structures et précise que la personne hébergée ou le résident est autorisé à consommer du tabac dans sa chambre, cette dernière étant considérée comme un espace privatif, en rappelant toutefois que les lieux fermés et couverts de ces établissements sont soumis à une interdiction totale de fumer et qu'il est formellement interdit aux pensionnaires ou aux résidents de fumer au lit.

Les contrevenants à l'interdiction de fumer s'exposent à des sanctions sous forme d'une amende forfaitaire de 68 euros (ou à des poursuites devant le tribunal de police).

Le directeur, chef d'établissement, peut faire l'objet d'une amende forfaitaire de 135 euros, à régler sur ses deniers propres, en cas de non respect par un tiers de l'interdiction de fumer intra-muros.

6 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES

6.1 - L'accès aux soins

(art. L.6112-2 du CSP)

Art. 86

Les établissements assurant le service public hospitalier garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins.

6.2 - L'accueil du patient

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art R 1112-40 du CSP)

Art.87

L'accueil des malades et des accompagnants doit être assuré à tous les niveaux par un personnel spécialement préparé à cette mission. Dès leur arrivée dans l'établissement, un livret d'accueil doit être remis aux hospitalisés et un dossier médical doit être constitué pour chacun d'eux.

L'établissement est en outre tenu d'informer par courrier le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Il doit l'inviter à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

6.3 - Les formalités d'admission

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art. R.1112-11 du CSP)

Art.88

L'admission dans les établissements publics de santé est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

Dans le cadre des gardes de direction, le pouvoir de prononcer les admissions est délégué à l'administrateur de garde.

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde, sur présentation d'un certificat d'un médecin attestant la nécessité du traitement hospitalier et indiquant, le cas échéant, la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé.

Ce certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Au moment de leur admission, les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

6.4 - L'admission en urgence

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art R 1112-13 du CSP)

Art.89

L'admission d'un malade ou d'un blessé réclamant des soins urgents est prononcée par le directeur (ou par l'administrateur de garde), lequel doit veiller à ce que les soins urgents soient assurés.

L'admission en urgence ne peut en aucun cas être conditionnée par la présentation préalable d'une pièce d'identité et/ou d'une attestation de prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation par les organismes de sécurité sociale. Un proche du patient ou le patient lui-même si son état le lui permet devra dès que possible se présenter au bureau des admissions pour régulariser la situation et compléter le dossier.

En outre, pour toute admission en urgence, il appartient à l'établissement de santé :

- de prévenir la famille du patient pris en charge dans les plus brefs délais (sauf opposition expresse de sa part) ;
- de procéder aux formalités de dépôt dès lors que le patient se trouve dans l'incapacité de le faire lui-même. Un inventaire de tous les objets dont le patient est porteur, doit être dressé par un personnel de l'établissement et la personne accompagnante (ou, à défaut, un autre agent de l'établissement). Les objets et l'inventaire doivent ensuite être remis à la personne qui en est responsable au sein de l'établissement de sorte qu'elle procède à l'inscription du dépôt sur le registre prévu à cet effet. Le patient doit être informé du dépôt dès que son état le permet et il lui est alors remis le reçu correspondant (conservé dans son dossier administratif en attendant) ;
- d'informer le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille, de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné afin notamment qu'il communique tous les renseignements utiles sur le malade.

6.5 - L'admission d'un mineur

(Loi N°2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale - Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art. 372-2 et suivants du Code Civil - Art. R1112-34 du CSP - Circulaire N°2001-467 du 28 septembre 2001)

Art.90

Le principe régissant la prise en charge médicale des mineurs résulte de la règle de l'autorité parentale, ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant. Les pères et mères exercent en commun l'autorité parentale. Toutefois, à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.

Cependant, dans certaines situations, l'autorité parentale n'est pas exercée en commun par les père et mère. Outre l'hypothèse du décès de l'un d'eux, c'est notamment le cas :

- lorsque l'un des parents est privé de l'exercice de l'autorité parentale parce qu'il est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause.
- Lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un d'eux plus d'un an après la naissance.
- En cas de délégation de l'autorité parentale (volontaire ou non consentie).
- En cas de retrait (total ou partiel) de l'autorité parentale.

- **Admission à la demande du représentant légal**

↳ En application de l'article R1112-34 du code de la santé publique, l'admission d'un mineur est prononcée par le directeur de l'établissement ou l'administrateur de garde à la demande :

- d'une personne exerçant l'autorité parentale
- de l'autorité judiciaire
- du directeur de l'établissement d'éducation ou du gardien si le mineur a été placé dans une telle structure confié à un particulier par une décision de l'autorité judiciaire
- du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) si le mineur en relève (toutefois, lorsque le mineur a été confié à l'ASE par une personne exerçant l'autorité parentale, c'est à elle qu'il appartiendra de demander l'hospitalisation, l'ASE n'intervenant qu'à titre subsidiaire si elle ne peut être jointe). Dans les quarante huit heures de l'admission, le directeur doit adresser sous pli cacheté au service médical de l'ASE le certificat confidentiel du médecin chef de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

↳ Une autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération peut être demandée dès l'admission du mineur s'il apparaît que ladite autorisation ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour tout autre cause (Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art. R1112-35 du CSP).

↳ En cas de désaccord des parents sur la décision d'hospitalisation de leur enfant, la conduite à tenir est, sauf en situation d'urgence imposant une prise de décision pour sauvegarder la santé du mineur ou dans une situation dans laquelle le titulaire de l'autorité parentale exprime une décision risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, de saisir le juge des enfants, le juge des affaires familiales ou le procureur de la République qui pourra autoriser les médecins à prendre toutes les mesures utiles. Dans cette situation, il est recommandé de rédiger un compte-rendu des circonstances et des démarches entreprises. Ce compte-rendu doit ensuite être intégré dans le dossier médical du mineur.

- **Admission sans l'accord des titulaires de l'autorité parentale ou contre leur avis**

↳ En premier lieu, lorsque le mineur pris en charge est émancipé, il cesse d'être placé sous l'autorité de ses père et mère et son admission n'est pas conditionnée par la demande d'un titulaire de l'autorité parentale.

↳ En deuxième lieu, cette situation doit être rapprochée de celle de la « personne mineure dont les liens de famille sont rompus et qui bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire maladie universelle (CMU) », car dans la mesure où la législation prévoit que seul son contentement est requis pour la délivrance des soins, son seul consentement suffit également en matière d'admission.

↳ En troisième lieu, en cas de nécessité, le mineur doit être admis et pris en charge en cas d'urgence indépendamment de toute autorisation, lorsque les titulaires de l'autorité parentale n'ont pu être joints. Les formalités doivent s'effacer devant la nécessité des soins, sous réserve de prendre toutes les mesures utiles en vue d'une régularisation la plus rapide possible

↳ En quatrième lieu, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement 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 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 (la loi N°2001-588 du 4 juillet 2001 a déjà prévu une dérogation au consentement des titulaires de l'autorité parentale en matière de contraception et d'IVG).

↳ En cinquième lieu, le médecin peut délivrer les soins indispensables à un mineur dans le cas où les titulaires de l'autorité parentale refusent le traitement et ce, à la condition que ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur. La possibilité de délivrer des soins contre l'avis des parents implique nécessairement la possibilité de prononcer son admission dans les mêmes conditions.

6.6 - L'admission d'un majeur protégé

(Art. 488 et suivants du Code Civil)

Art.91

Les majeurs protégés sont des personnes dont les facultés mentales et/ou corporelles (si les troubles physiques empêchent l'expression de la volonté) sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge. Cette altération, qui doit être médicalement établie, les place dans l'impossibilité de pourvoir seuls à leurs intérêts.

Le code civil organise trois régimes distincts de protection des majeurs dont les conséquences ne sont pas les mêmes en matière de santé.

- Prévue pour protéger la personne dans les actes de la vie civile, la sauvegarde de justice est une mesure, généralement temporaire, dans le cadre de laquelle la personne conserve le plein exercice de ses droits. S'agissant de sa prise en charge médicale, le majeur placé sous sauvegarde de justice bénéficie de la même capacité juridique que tout patient majeur et son admission, de même que son séjour et sa sortie, se déroulent dans les conditions de droit commun ;

- La curatelle peut être ouverte quand la personne dont les facultés mentales ou physiques sont altérées, a besoin d'être conseillée et contrôlée dans les actes de la vie civile. L'incapacité de la personne donnant lieu à la curatelle est partielle, ce qui lui laisse la possibilité de passer les actes de la vie courante et notamment de prendre les décisions relatives à sa santé (admission au sein d'un établissement de santé, consentement aux soins). Il convient de leur appliquer les dispositions de droit commun régissant la prise en charge de tout patient majeur.
- La tutelle est mise en place lorsque la personne n'est plus à même d'exprimer sa volonté et a par conséquent besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile. En pratique, le majeur placé sous tutelle sera représenté pour tous les actes par un représentant légal (tuteur, subrogé-tuteur, conseil de famille, juge des tutelles). Les droits du majeur sous tutelle sont exercés par son tuteur et en dehors des situations d'urgence, l'admission d'un majeur sous tutelle (ou d'un mineur émancipé sous tutelle) ne peut être prononcé qu'à la demande de son représentant légal.

Le patient sous tutelle ne dispose pas de la faculté de désigner une personne de confiance, les missions confiées à cette dernière étant exercées par le tuteur, sauf si la désignation de la personne de confiance est antérieure au prononcé de la mesure de tutelle. Le juge des tutelles peut soit confirmer la mission ou révoquer la désignation de la personne de confiance.

6.7 - L'admission d'une personne en situation de précarité

(Loi N°99-641 du 27 juillet 1999 - Art.R1112-13 et R1112-24 du CSP)

Art.92

a) La couverture universelle

La loi N°99-641 portant création d'une couverture maladie universelle garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

Au moment de son admission, la personne bénéficiaire de la CMU doit, au même titre que n'importe quel bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale, fournir à l'établissement les documents nécessaires à la prise en charge de ses frais d'hospitalisation. Cette exigence doit s'effacer en cas d'urgence, son admission étant alors prononcée par le directeur ou l'administrateur de garde indépendamment de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles ses frais de séjour seront remboursés à l'établissement.

b) La permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

(Loi N°98-657 du 29 juillet 1998 - Art. L6112-6 du CSP ; Circulaire N°98-736 du 17 décembre 1998)

La loi impose la mise en place de PASS dans les établissements publics de santé. Située dans le service des urgences, la PASS comprend notamment des permanences adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

La PASS est une cellule de prise en charge médico-sociale qui doit faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elle a aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Elle doit également répondre à toutes les demandes des jeunes femmes démunies qui sont à la recherche de mesures de prévention en matière de contraception ou d'IVG ou d'accueil pour leur enfant.

L'établissement doit accueillir tous les patients en situation précaire en leur assurant une circulation facile au sein de l'hôpital entre les différents lieux de consultation, d'examen et de soins depuis leur accueil par la PASS.

6.8 - L'admission d'un ressortissant étranger

(Art. L.6112-6 et L.6145-5 du CSP . Décret N°2005-859 du 28 juillet 2005 ; Circulaire N°2005-141 du 16 mars 2005 et point 7-3)

Art.93

Sauf en dehors des situations d'urgence, tout étranger, qu'il soit ou non en situation régulière sur le territoire national, est tenu d'avancer les frais d'hospitalisation et de prise en charge s'il n'est pas couvert par les organismes d'assurance maladie ou par l'aide médicale de l'Etat.

- En cas d'urgence, tout patient étranger, quelle que soit sa situation au regard de la législation sur les séjours sur le territoire national et quelle que soit sa solvabilité, doit impérativement être pris en charge
- En l'absence d'urgence, il convient de s'assurer avant de prononcer l'admission que l'ensemble des frais liés à l'hospitalisation de patients étrangers (frais de séjour et de soins) seront pris en charge. Selon les cas, ils pourront :
 - Relever d'un organisme ou d'une collectivité de leur pays d'origine ; les intéressés devront alors en apporter la preuve au moment de leur admission, notamment par la production d'un certificat de prise en charge. A noter que des dispositions spécifiques permettent la prise en charge des ressortissants d'un pays membre de l'espace économique européen en séjour touristique en France (dispositif de la carte européenne d'assurance maladie).
 - Etre pris en charge dans le cadre de la CMU ou de l'AME (aide médicale Etat)
 - Etre acquittés directement par les intéressés s'ils sont solvables et en mesure de verser une provision au moment de leur admission. En effet, dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge soit par les services de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme public, les intéressés, ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour.

Les étrangers en situation irrégulière peuvent bénéficier, au même titre que les étrangers en situation régulière et les ressortissants nationaux, des dispositifs spécifiques applicables aux personnes en situation précaire.

6.9 - L'admission d'une personnalité

Art.94

Cette personnalité pourra faire savoir le cas échéant :

- si elle demande que son hospitalisation soit gardée confidentielle ou, si tel n'est pas le cas, si elle souhaite que le service pratique des évictions de personnes voulant lui rendre visite ;
- si elle accepte la visite éventuelle de journalistes et/ou de photographes, auquel cas le directeur ou l'administrateur de garde devra en outre donner l'autorisation.

6.10 - L'admission d'un militaire

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art. R1112-29 du CSP)

Art.95

- En cas d'urgence, l'admission doit être immédiatement prononcée, les soins urgents doivent être prodigués par les professionnels de santé de l'établissement et l'autorité militaire doit en être informée dans les plus brefs délais. Le cas échéant, le patient sera ensuite évacué vers un hôpital du service de santé des armées.
- En l'absence d'urgence, il appartient au directeur ou à l'administrateur de garde de prendre contact avec l'autorité militaire avant de prononcer l'admission, sauf si elle est demandée par les autorités militaires.

6.11- L'admission d'une personne en état d'ébriété

(Art. 122-7 du Code pénal - Réponse ministérielle du 7 septembre 1979)

Art.96

Lorsque son état de santé l'exige, le patient en état d'ébriété doit être pris en charge. Si le patient refuse les soins ou la poursuite des soins qu'exige son état, il conviendra de lui faire signer une attestation de refus d'hospitalisation, de refus de soins ou de sortie contre avis médical ou, d'établir un procès-verbal constatant son refus de signer ce document. Toutefois, si l'intéressé n'est pas en possession de tous ses moyens, notamment en raison de son état alcoolique, compte tenu du fait qu'il n'est pas en mesure de comprendre les risques qu'il encourt ou qu'il peut faire encourir à d'autres, il est possible d'appliquer la législation sur l'ivresse publique et de faire appel aux forces de l'ordre afin qu'elles conduisent la personne en état d'ébriété au poste de police ou en chambre de sûreté pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison.

Si la personne se montre agressive ou violente, l'administrateur de garde peut saisir le commissariat de police afin que les forces de l'ordre interviennent dans les plus brefs délais.

Toutefois, en cas de nécessité urgente et absolue, en cas de violence extrême ou d'agression physique, on peut exceptionnellement, retenir l'intéressé contre sa volonté en recourant à l'isolement ou à la contention, sur le fondement de l'article 122-7 du Code Pénal aux termes duquel « n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace ».

6.12 - L'admission d'un patient toxicomane

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art. 1112-38 du CSP)

Art.97

Le droit commun d'admission prévoit que le patient doit donner son identité. Même si un toxicomane peut, comme tout patient, demander que son hospitalisation soit maintenue secrète, cela ne vaut que vis-à-vis des tiers (et non pour les services hospitaliers).

Si le patient est porteur de drogue, qu'il soit toxicomane ou non, il est recommandé de confisquer les produits stupéfiants et d'alerter le procureur de la République (sans toutefois lui révéler l'identité du patient).

6.13 - L'admission d'un blessé par arme

Art.98

Les conditions d'admission des blessés par arme (arme blanche, arme à feu ...) sont régies par le droit commun. Le principe de non-discrimination doit être respecté.

La règle du secret professionnel à laquelle les professionnels de santé sont soumis en application des articles 226-13 du Code Pénal et L 1110-4 du Code de la Santé Publique s'oppose par principe à toute révélation. Néanmoins :

- Si le blessé est mineur ou majeur sous tutelle, il convient d'informer ses représentants légaux. Il convient également, lorsque la victime est une personne vulnérable (mineur ou personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique) de procéder à un signalement à l'autorité judiciaire des situations dans lesquelles il existe un doute sur l'origine des lésions constatées (maltraitements avérés ou suspectés).
- Si le blessé est majeur, l'obligation du secret professionnel est maintenue. Le patient sera le seul à pouvoir lever le secret professionnel et à informer l'autorité judiciaire. Toutefois, le médecin est également autorisé à alerter, avec l'accord du patient, le procureur de la République en cas de sévices, de privations, d'abus sexuels ou psychiques.....

6.14 - L'admission d'un détenu

(Décret N° 2003-462 du 21 mai 2003 - Art. R1112-30 à R 1112-33 du CSP)

Art.99

Les détenus malades ou blessés doivent en principe être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé. Ils ne sont donc admis dans un établissement général qu'à titre dérogatoire :

- lorsque leur état de santé ne permet pas ce transfert ;
- ou, s'ils sont prévenus, pour des raisons tenant à l'impossibilité de les éloigner des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître.

Lorsque les examens ou les soins requis ne peuvent être délivrés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé d'organiser la prise en charge sanitaire de la personne détenue, qu'il s'agisse de consultation, d'examen spécialisé ou d'hospitalisation.

Sauf cas d'urgence, l'admission de personnes détenues a lieu dans la structure spécialement aménagée dans l'établissement au 3^{ème} étage, ou à défaut dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie doit être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

6.15 - Le refus d'hospitalisation

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art. R1112-16 du CSP)

Art.100

Le refus d'hospitalisation est expressément envisagé dans les dispositions réglementaires du code de la santé publique relatives aux admissions en urgence.

Cette situation se rapproche des cas de refus de soins et de sortie contre avis médical et la conduite à tenir est sensiblement identique.

Ainsi aux termes de l'article R 1112-16 du code de la santé publique, tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut un procès-verbal du refus est dressé.

Le médecin doit informer le patient des risques qu'il encourt en refusant d'être hospitalisé. S'il maintient son refus d'hospitalisation, il convient alors de lui faire signer un document qui en atteste et qui doit mentionner clairement les risques encourus. En cas de refus de signature de l'attestation, un membre du personnel doit dresser un procès-verbal de ce refus. Une copie de ces documents doit être intégrée dans le dossier médical du patient.

6.16 - L'impossibilité d'admission

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003 - Art. R.1112-14 du CSP)

Art.101

Les établissements publics de santé doivent être en mesure d'accueillir toutes les personnes dont l'état requiert leurs services ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier de jour et de nuit, y compris en urgence.

Si l'établissement public de santé ne dispose pas des moyens ou des compétences requises pour assurer une prise en charge et les soins adaptés à l'état du patient (soins urgents relevant d'une technique ou d'une discipline non pratiquée ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, manque de place), le directeur de l'établissement ou l'administrateur de garde est tenu de provoquer les premiers secours et de prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

6.17 - Le don de corps

(Art R 363-10 du code des communes - Décret N°94-941 du 24 octobre 1994 - Arrêté du 20 juillet 1998)

Art.102

Certaines personnes souhaitent, de leur vivant, donner leur corps à la science pour qu'il puisse être l'objet de travaux d'enseignement et de recherche.

Les modalités de ce don de corps sont réglementées tant en ce qui concerne la prise en compte de la volonté des personnes que des modalités de transport du corps et des dispositions financières.

Le don de corps ne procéder que d'une volonté clairement exprimée par la personne. Ce principe implique notamment que l'état d'indigence ou l'absence de famille réclamant le corps ne sauraient justifier que le corps soit prêté à des activités d'enseignement et de recherche.

La carte de donateur doit être activement recherchée lors du décès, car elle constitue le témoignage le plus sûr de la volonté du donateur. Si la carte de donateur ne peut être retrouvée bien que la volonté du défunt semble certaine, l'établissement ne pourra valider le don que s'il dispose d'une copie de la déclaration de don.

Quelle que soit la volonté de la famille ou des proches, la volonté du patient doit être scrupuleusement respectée.

Les décès causés par certaines maladies contagieuses (variole, choléra, charbon, peste, rage, SIDA, ...) peuvent entraîner l'interdiction du don de corps.

Le transport du corps vers l'établissement légataire doit être autorisé par la mairie du lieu de décès sur le fondement d'un certificat médical (sauf en cas de décès lié à une maladie contagieuse ou d'obstacle médico-légal) dans un délai de 24 heures.

Ce délai est porté à 48 heures si le corps peut être conservé dans un casier réfrigéré de la chambre mortuaire de l'établissement.

En cas de don de corps, les frais d'inhumation, de crémation ou de transport du corps avant mise en bière n'incombent pas au Centre Hospitalier de Carcassonne.

Les familles doivent prendre contact, soit avec :

→ l'Institut médico-légal de Montpellier (Hôpital Lapeyronnie - Tél : 04 67 33 85 86)

→ l'Institut médico-légal de Toulouse (Hôpital Rangueil - Tél : 05 61 55 03 68)

6.18 - Les décès

(Art R.1112-68 à 75 et 76.1 du C.S.P - Art L.2223-27 du code général des collectivités territoriales - Décrets N°2002-1065 du 5 août 2002 - N°2003-462 du 21 mai 2003 et N°2006-965 du 1^{er} août 2006 - Arrêté du 5 janvier 2007)

Art.103

Hospitalisé en fin de vie

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

Notification du décès

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

Le décès est confirmé par tout moyen.

La notification du décès est faite pour :

1°) - les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;

2°) - les militaires, à l'autorité militaire compétente ;

3°) - les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil général.

Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

Suivi individuel du corps de chaque personne décédée ou de chaque enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil (confer annexe IV « décès et transport de corps »).

Certificat de décès

Les décès sont attestés par le certificat prévu à l'article L.2223-43 du code général des collectivités territoriales.

Registre spécial des décès

Conformément à l'article 80 du code civil et à l'article 1^{er} du décret N°2006-965 du 1^{er} août 2006, les décès sont inscrits sur un registre spécial. Celui-ci est transmis dans les vingt quatre heures au bureau d'état civil de la mairie.

Enregistrement d'enfant sans vie

La déclaration d'enfant sans vie est établie dans les conditions prévues à l'article 79-1 du code civil et à l'article 1^{er} du décret N°2006-965 du 1^{er} août 2006. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

Mort violente ou suspecte

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur prévenu par le médecin chef du service, avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du code civil.

Incinération des effets et objets

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur de ces objets et effets.

Réclamation des corps

La famille ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

Dans le cas où le corps du défunt ou de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil est réclamé, il est remis sans délai aux personnes visées à l'alinéa précédent.

En cas de non-réclamation du corps, dans le délai de dix jours, l'établissement dispose de deux jours francs :

1°) pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci. En l'absence de ressources suffisantes, il est fait application des dispositions de l'article L.2223-27 du code général des collectivités territoriales. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente.

2°) 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 sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

Les établissements de santé tiennent un registre mentionnant les informations permettant le suivi du corps des personnes décédées et des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil, depuis le constat du décès des personnes ou de la date de l'accouchement des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil et jusqu'au départ des corps de l'établissement. Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre de la culture et de la communication fixe les informations qui figurent obligatoirement dans ce registre et notamment les modalités de son actualisation, les informations qu'il contient et leur durée de conservation.

Le représentant légal de l'établissement désigne une personne responsable de l'application de ces dispositions.

Le centre hospitalier de Carcassonne dispose d'un règlement intérieur de la chambre mortuaire figurant en annexe III.

Les nouvelles procédures en matière d'autorisation de transport de corps avant mise en bière font l'objet de notes de service diffusées à l'ensemble des services (Notes de service N°35 et 48 des 1^{er} et 30 juin 2005, N°22 et 24 des 4 et 6 avril 2006 et suivantes figurant en annexe IV).

Tout en respectant la neutralité du service public hospitalier, le maintien de l'ordre public et les règles d'hygiène hospitalière, l'hôpital doit tout mettre en œuvre pour respecter les volontés du défunt et les intentions de sa famille.

Le service demande d'apporter le livret de famille, nécessaire à l'accomplissement des formalités administratives. Il conseille d'apporter les vêtements pour habiller le défunt.

Le service utilise tous les moyens pour trouver les coordonnées de la famille (voisins, mairie, gendarmerie ...).

Lorsqu'il est impossible de joindre la famille ou les proches, l'envoi d'un télégramme atteste que l'hôpital a essayé de joindre quelqu'un. Lorsque le malade est étranger le télégramme est envoyé au consulat ou à l'ambassade.

Le médecin et l'infirmière assure un accompagnement psychologique de la famille et des proches. Le médecin traitant doit être informé du décès.

Le médecin (ou l'interne) retire les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile (stimulateur cardiaque, pompe à insuline) le cas échéant et le mentionne dans le dossier patient, afin de garantir la traçabilité.

Le personnel effectue la toilette mortuaire, habille le défunt et procède à l'inventaire des effets personnels, des clefs et des valeurs.

La famille (ou la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles) est invitée à choisir une entreprise funéraire et à remplir les formalités administratives (demande de transport de corps, de mise en bière, de soins de conservation).

Il est rappelé que le corps d'un défunt ne peut rester dans un service de soins qu'au maximum 10 heures après le décès.

Il est alors transféré dans la chambre mortuaire, mis en bière ou transporté hors de l'établissement, dans les conditions figurant en annexe IV (Décès et transports de corps).

Les cas particuliers

- Le suicide

En cas de décès par suicide dans l'enceinte de l'hôpital, il ne faut pas toucher au corps, ne pas le déplacer, faire constater le décès par un médecin, prévenir le médecin chef de service, le directeur de garde, la police.

Le directeur adresse un rapport à l'autorité de tutelle, remplit une déclaration à l'assureur et saisit le cas échéant le médecin légiste ou le procureur de la République.

- L'identité est inconnue

Si l'identité de la personne qui décède n'est pas connue, les services de police ou de gendarmerie sont prévenus. Les effets personnels doivent être conservés pour servir à l'identification. Le décès est enregistré sous « X » dans les registres de l'hôpital. Si l'enquête aboutit, le véritable nom de la personne décédée devra être inscrit sur le registre.

- Le décès dans un véhicule médicalisé par le SMUR

Le SMUR étant un service ambulatoire de l'hôpital, la personne décédée est considérée comme décédant dans l'enceinte de l'hôpital si le décès a lieu **pendant** le transport. On procède alors à son admission avant de remplir les registres de décès.

Par contre, les personnes décédées sur la voie publique secourues par le SMUR ne sont pas considérées décédées à l'hôpital. En effet, si le décès a lieu avant le transport, il n'y a pas d'admission. Il s'agit alors d'un dépôt de corps.

- La mort subite du nourrisson

En cas d'admission à l'hôpital d'un nourrisson décédé dont la mort est subite et inexplicquée, les frais de transport, examens, autopsie sont pris en charge par le centre de référence pour la région. Le transport du corps est organisé par le centre hospitalier (le certificat de décès est accompagné d'une autorisation d'autopsie des parents).

- Le décès à la maternité

Il existe plusieurs cas :

- enfant mort né qui était viable (22 semaines d'aménorrhée ou au moins 500 grammes) : acte d'enfant sans vie ;
- enfant né vivant, mort avant la déclaration de naissance : acte de naissance puis acte de décès si l'enfant était viable, acte d'enfant sans vie si l'enfant n'était pas viable ;
- enfant mort-né non viable : aucun acte (le corps n'existe pas, il est éliminé comme pièce anatomique d'origine humaine).

6.19 - La gestion des biens déposés par les patients

(Art L.1113-1 à 1113-10 et L.6145-12 du CSP - Loi N°92-614 du 6 juillet 1992 - Décrets N°74-27 du 14 janvier 1974 et N°93-550 du 27 mars 1993 - Livret d'accueil)

Art.104

Les informations relatives aux biens, dépôt d'argent et objets de valeur figurent dans le livret d'accueil remis aux personnes hospitalisées lors de leur admission, repris ci-après :

« Vous êtes informé que les objets personnels, espèces, valeurs, bijoux, cartes de crédit, chéquiersdoivent être remis à la garde de la trésorerie principale par l'intermédiaire de la régie des dépôts située à la caisse du bureau d'accueil.

Il est recommandé de ne conserver pendant votre séjour que des objets indispensables. Cette mesure est instituée dans l'intérêt des malades, la direction de l'hôpital déclinant toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de casse.

Vous pouvez les retirer soit à la régie, soit à la trésorerie principale située à l'entrée de l'hôpital, du lundi au vendredi de 8 h à 12 h et de 13 h à 16 h ou téléphoner au : 04 68 10 26 50 ou poste 27 28, ligne interne de l'hôpital. Il convient de vous munir d'une pièce d'identité, d'une procuration si le malade ne peut lui-même retirer ses dépôts.

En cas de décès, dans la majorité des cas, un certificat d'hérédité avec la mention « porte fort » (si plusieurs héritiers) délivré par la mairie sera suffisant ».

Les patients dont l'hospitalisation est programmée doivent être invités à déposer leurs effets personnels au coffre de l'hôpital.

Lorsque le patient est admis en urgence et qu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, les agents hospitaliers procèdent à un inventaire des objets détenus par la personne. Cet inventaire est réalisé de manière contradictoire en présence d'un accompagnant du patient.

Si le patient n'est pas accompagné et qu'il ne peut exprimer sa volonté, l'inventaire sera réalisé par deux agents afin de prévenir tout litige ultérieur.

Le directeur de l'hôpital peut refuser l'introduction de certains objets dans les chambres, notamment pour des raisons de sécurité ou d'hygiène.

S'agissant des biens non déposés (effets personnels que les patients conservent avec eux dans leur chambre) les personnes hospitalisées sont responsables de leurs biens, sauf s'ils démontrent la faute de l'établissement ou de l'un de ses agents.

L'établissement n'est pas responsable des biens que le patient n'a sciemment pas souhaité déposer au coffre dès lors qu'aucune faute ne peut lui être reprochée.

Par ailleurs, la responsabilité de la structure de soins n'est pas reconnue lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical (exemple : dégradation de vêtements) ou d'urgence vitale (exemple : bris de dents lors d'une intubation).

Les objets abandonnés sont ceux qui n'ont pas fait l'objet d'une procédure de dépôt et qui ont été trouvés par le personnel hospitalier après la sortie des patients. Il convient alors de procéder à un inventaire par deux agents de l'établissement et les biens sont ensuite pris en charge par le régisseur.

L'administration veillera à informer le patient ou son représentant légal afin de l'inviter à retirer ses biens.

Les objets déposés non réclamés sont remis un an après la sortie ou le décès du patient à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres ou de valeurs immobilières.

Les autres biens mobiliers non réclamés (vêtements, chaussures, etc...) deviennent la propriété de l'établissement qui peut en disposer à sa guise ou les remettre à des organisations caritatives ou humanitaires.

6.20 - Les principales formalités administratives et informations liées aux hospitalisations et consultations

(informations extraites du livret d'accueil)

Art.105 - Les documents à fournir et les formalités à accomplir

- une pièce d'identité en cours de validité,
- votre carte vitale ou l'attestation remise par votre centre de sécurité sociale en cours de validité,
- votre carte de mutuelle ou l'attestation CMU en cours de validité.

Pour une consultation, le tiers-payant peut être appliqué pour les bénéficiaires de la CMU ou les adhérents d'une mutuelle conventionnée.

ET SI VOUS ETES ACCIDENTE DU TRAVAIL :

La déclaration « d'accident du travail » délivrée par votre employeur.

OU SI VOUS ATTENDEZ UN ENFANT :

La carte vitale mise à jour ou l'attestation remise par votre centre de sécurité sociale.

Si vous hospitalisez un enfant en pédiatrie, munissez vous de son carnet de santé.

Pour la mise à jour de votre CARTE VITALE, une « borne » est à votre disposition au guichet du service central des admissions, au guichet de la maternité (accueil rez-de-chaussée) et au guichet des urgences.

LE FORFAIT JOURNALIER

Lors de votre sortie, vous devez régler le forfait journalier qui correspond à votre participation aux frais hôteliers occasionnés par votre séjour.

Sauf si :

- Vous êtes bénéficiaire de la CMU complémentaire,
- Vous avez six mois de grossesse ou plus,
- Vous êtes victime d'un accident de travail,
- Vous êtes invalide de guerre (article 115),
- L'hospitalisation concerne un enfant de moins de 30 jours,
- Vous cotisez à une mutuelle qui prend en charge le forfait journalier et dont vous avez fourni les coordonnées.

SI VOUS VENEZ EN CONSULTATION PUBLIQUE

Avant de vous rendre à votre consultation, vous devez passer par le service central des admissions afin de constituer votre dossier administratif informatique et retirer des étiquettes.

Les documents à fournir pour bénéficier du tiers payant sont les mêmes que pour une hospitalisation, excepté pour les mutuelles qui n'ont pas passé de convention tiers payant avec l'hôpital pour laquelle vous aurez à faire l'avance.

SI VOUS VENEZ EN CONSULTATION PRIVEE

Vous avez la faculté d'être examiné en consultation privée et d'être traité au titre de l'activité libérale du praticien (exprimée par écrit en cas d'hospitalisation).

Les tarifs d'honoraires doivent être obligatoirement affichés en salle de consultation du praticien exerçant une activité libérale.

Demande de provisions :

Des provisions égales au montant des frais d'hospitalisation prévisibles pourront vous être réclamées si vous ne disposez d'aucune couverture sociale ou pour les étrangers ne faisant pas partie de la Communauté Européenne.

Recouvrement des recettes hospitalières :

Vous pouvez régler directement à la caisse de la trésorerie principale les factures qui vous sont transmises par les différents moyens de paiement à votre disposition (chèques, numéraire ou carte bancaire à la régie ...).

Cependant, en cas de difficultés, des délais de paiement pourront vous être octroyés, sur demande écrite, auprès de monsieur le trésorier principal.

Art. 106. - Les informations relatives à votre séjour

(Informations extraites du livret d'accueil)

REPAS

Ils seront servis dans votre chambre aux heures suivantes :

- petit déjeuner : de 7 heures à 8 heures
- déjeuner de : 12 heures à 12 heures 30
- dîner de : 18 heures 30 à 19 heures 30

Une boisson vous sera également servie aux environs de 16 heures. Vous aurez la possibilité, tout en respectant les impératifs médicaux, de composer vous-même votre menu 24 heures à l'avance en indiquant vos souhaits à l'agent de restauration.

Toutefois, les diététiciennes sont spécialement chargées d'établir vos menus en fonction de vos goûts et des prescriptions médicales qui vous concernent.

ACCOMPAGNANTS

Si la présence d'un accompagnant est nécessaire auprès de l'hospitalisé, ce dernier peut obtenir du cadre de santé un bon lui permettant l'achat d'un ticket repas.

Le petit déjeuner est servi dans la chambre.

COUCHETTE

Afin de préserver la sécurité, la confidentialité, l'intimité et le repos des patients, il ne sera toléré aucune couchette dans les chambres à deux lits.

Les tickets pour les lits et couchettes sont délivrés à la caisse centrale située dans le hall d'entrée à partir de 11 heures. La caisse vous donnera tous les tarifs relatifs à ces prestations.

En dehors des heures d'ouverture de la caisse, voir l'hôtesse.

CHAMBRE

Selon les possibilités ou les nécessités médicales, vous serez installé dans une chambre à un ou deux lits. Toutes les chambres sont équipées d'un système de signalisation visuelle et phonique vous permettant de faire appel à un agent du service. Par ailleurs, un bouton d'appel d'urgence est situé dans les toilettes.

Dans le cadre de votre hospitalisation et dans la mesure des disponibilités du service, vous pouvez demander à bénéficier d'une chambre individuelle.

Il vous est alors demandé de confirmer le choix du régime particulier par écrit, lors de votre admission ou de votre pré-admission.

Le régime particulier n'est couvert ni par la Sécurité Sociale, ni par la CMU complémentaire, ni par le forfait journalier.

Le régime particulier ne peut-être appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

Enfin, la mise à disposition de la chambre particulière peut-être interrompue en cours de séjour si le service de soins est dans l'obligation d'attribuer cette chambre à un autre patient pour raison médicale.

La chambre particulière fait l'objet d'un tarif journalier fixé à 22 euros pour l'année 2006 (délibération N°07/06 du conseil d'administration du 2 mai 2006).

TELEPHONE

L'installation téléphonique du centre hospitalier de Carcassonne vous offre la possibilité de bénéficier d'une ligne directe pour recevoir ou adresser vos appels. Pour cela, il convient de se procurer une « fiche téléphone » au bureau des admissions et demander au personnel du service « d'activer » le poste téléphonique qui vous sera attribué. Nous vous recommandons de communiquer votre numéro de ligne directe aux membres de votre famille, parents ou amis afin de pouvoir vous joindre directement et d'éviter ainsi toute attente au standard et la surcharge des postes téléphoniques du service dans lequel vous êtes admis.

Le tarif d'ouverture de la ligne a été fixé à 3 euros (Délibération N°07/06 du conseil d'administration du 2 mai 2006) et le nombre minimum d'achat d'unités à 2 euros.

Par ailleurs, il existe dans l'établissement :

- 2 cabines à carte (hall d'entrée à l'hôpital)
- 1 cabine à carte à la maternité
- 1 cabine à carte et une cabine à pièces aux urgences

CLIMATISATION

L'appareil ventilo-convecteur (climatiseur) installé dans votre chambre permet d'assurer le chauffage en hiver et le rafraîchissement en été en période de fortes chaleurs. Le réglage de la température ambiante s'obtient en actionnant le thermostat prévu à cet effet. L'été, il convient de laisser les fenêtres et les portes fermées lorsque la climatisation fonctionne.

ATTENTION : un réglage excessif du climatiseur risque de rendre l'atmosphère de votre chambre inconfortable pour vous-même et votre éventuel voisin de lit.

En cas de mauvais fonctionnement d'une des installations techniques de votre chambre : climatisation, téléphone, cabinet de toilette, il convient de prévenir sans délai le cadre de santé.

HYGIENE

Respectez la propreté des lieux en ne jetant ni papiers, ni gobelets dans les couloirs, ni débris de nourriture par les fenêtres et à l'extérieur.

- ✓ ne pas stocker de produits alimentaires périssables dans la chambre (fruits, laitages, jus de fruits).
- ✓ indiquer à l'entourage qu'il faut éviter l'apport de fleurs et de plantes.
- ✓ respecter les consignes d'hygiène (lavage des mains, port du masque, etc ...).
- ✓ éviter de toucher le matériel médical.
- ✓ ne pas s'asseoir et ne rien déposer sur le lit du patient.
- ✓ ne pas rendre visite au patient si l'on est soi-même malade.
- ✓ éviter d'être trop nombreux dans une chambre.

ENTRETIEN DES LOCAUX ET DES ABORDS

Le nettoyage de l'ensemble des locaux du centre hospitalier, y compris des unités d'hospitalisation est assuré par une société prestataire de service selon le cahier des charges élaboré par l'établissement.

COURRIER

Du lundi au vendredi, le vaguemestre de l'établissement assure l'expédition et la distribution du courrier et des mandats. Déposez votre courrier dans la boîte aux lettres du service. La levée a lieu l'après-midi avant 17 heures.

LINGE

Vous devez apporter votre linge de corps personnel et en assurer l'entretien. Munissez vous, dans tous les cas de quelques objets personnels tels que nécessaire de toilette, brosse à dents, mouchoirs, serviettes de toilette et de table, savon, gants de toilette, etc

IL EST INTERDIT DE LAVER DU LINGE DANS LES LAVABOS.

Lors de votre sortie, vous devez reprendre vos effets personnel (vêtements, accessoires divers). En cas d'oubli, ils seront conservés trois semaines après votre sortie. Au-delà de ce délai, l'établissement disposera de vos effets au profit d'associations de lutte contre la précarité et l'exclusion.

Il est obligatoire de descendre dans le hall d'entrée et de circuler dans l'établissement avec une tenue correcte : robe de chambre, survêtement, etc

LOISIRS

Pour des raisons de sécurité et de responsabilité, l'usage de téléviseurs personnels est interdit. Chaque chambre est dotée d'un téléviseur. Une hôtesse de la société prestataire est à votre disposition dans le hall central de l'établissement du **lundi 9 heures à 12 heures et 14 heures à 19 heures, mardi au vendredi de 14 heures à 19 heures, samedi de 14 heures à 17 heures, fermé dimanches et jours fériés**. Elle vous renseignera sur les modalités de mise en service et des tarifs, composez pour cela le 37 00 depuis le poste téléphonique de votre chambre.

Vous pouvez acheter sur place journaux et revues auprès du Relais H situé dans le hall d'entrée. Vous y trouverez également des boissons chaudes ou fraîches, des collations et quelques produits de première nécessité. Relais H est ouvert du **lundi au vendredi de 8 heures à 19 heures et les samedi, dimanche et jours fériés de 10 heures 30 à 18 heures**.

Dans certains services, il existe une bibliothèque pour les hospitalisés. Renseignez vous auprès du cadre de santé.

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Un questionnaire de sortie et son enveloppe réponse vous seront remis avant votre sortie. Ce questionnaire permet de mesurer le degré de satisfaction des patients hospitalisés, leurs attentes et de recueillir toute suggestion de nature à améliorer le séjour. Le questionnaire doit être remis au personnel du service le jour de votre départ.

L'établissement organise un suivi de la qualité des soins et de l'accueil à partir notamment de l'examen et du traitement des questionnaires qui lui sont adressés par les malades eux-mêmes ou par les familles.

CULTE

L'aumônier et son équipe sont à la disposition des patients et de leur famille. Vous pouvez faire appel au service de l'aumônerie par l'intermédiaire de l'équipe soignante, des hôtesse d'accueil ou en laissant vos coordonnées dans la boîte aux lettres du service aumônerie, en téléphonant au **04 68 24 20 79**. Le bureau de l'aumônerie est situé au rez de chaussée ouvert du lundi au vendredi. La chapelle est située au rez-de-chaussée bas.

Les différents représentants du culte.

Le pasteur protestant peut être contacté au **04 68 25 12 71** et les représentants des autres confessions (culte musulman, israélite ...) peuvent vous rendre visite si vous en exprimez le désir.

L'aumônier est aussi la personne relais pour contacter les différents représentants du culte.

INTERPRETES

Le cadre supérieur de santé ou le cadre de santé du service possèdent la liste du personnel du centre hospitalier parlant des langues étrangères, langues régionales et langage des signes. (Allemand, Anglais, Arabe, Espagnol, Portugais, Russe, Suédois, Ukrainien, Catalan, Occitan).

ESTHETICIENNE

Soucieux d'améliorer la qualité de votre séjour, le centre hospitalier vous propose les services d'une esthéticienne.

Les soins de beauté pratiqués :

- soins du visage,
- soins du corps,
- épilations,
- maquillage et conseil,
- manucurie,
- beauté des pieds.

Tous les soins sont gratuits.

Pour bénéficier des prestations de l'esthéticienne, il vous suffit d'en formuler la demande auprès du cadre de santé et/ou l'infirmière de votre service. Ces soins sont exclusivement réservés aux parturientes de la maternité et aux patientes admises en onco-hématologie et soins palliatifs.

ENSEIGNEMENT

Les enfants et adolescents hospitalisés bénéficient de l'enseignement scolarisé dispensé par un enseignant détaché au service de pédiatrie par l'Education Nationale. Le service possède une classe d'enseignement, dotée d'une bibliothèque et d'équipements informatiques et ludiques.

Pour les élèves (du CP à la terminale) ayant des problèmes de santé, maladie ou accident, des enseignants peuvent intervenir à l'hôpital ou au domicile si la durée d'absence est supérieure ou égale à 15 jours.

Contact auprès de l'enseignant coordonnateur du service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD) au **04 68 11 20 52**.

SERVICE SOCIAL

L'équipe du service social intervient auprès des personnes hospitalisées et/ou la famille, les proches qui rencontrent des difficultés. Les assistantes sociales sont à votre disposition pour vous informer sur vos droits, vous accompagner dans certaines démarches, vous orienter si nécessaire vers les services compétents.

Vous pouvez faire appel à elles en vous déplaçant soit directement à leur bureau, soit en vous adressant aux infirmières de votre service ou à l'hôtesse d'accueil qui vous renseigneront.

L'équipe du service social intervient dans tous les services hospitaliers ainsi que dans les services extérieurs, au centre de séjour du Pont Vieux, à la maison de retraite IENA, au centre de consultations en alcoologie et addictions.

L'équipe se compose de quatre assistantes sociales qui interviennent :

- auprès des patients accueillis dans le service des urgences et auprès de la permanence d'accès au soins et à la santé : la PASS (bureau situé dans le service des urgences au 1^{er} étage, couloir des soins externes) Téléphone : **04 68 24 27 39**
- auprès du service mère-enfant, réanimations, chirurgies, cardiologie, rhumatologie, pneumologie (bureau situé au rez de chaussée) Téléphone : **04 68 24 20 60**
- auprès du service de médecine-oncologie 3^{ème} étage et VIH, centre de consultations en alcoologie et addictions, lits d'alcoologie dans tous les services de l'hôpital. Téléphone : **04 68 24 20 61**
- auprès des services de dialyse, endocrinologie-néphrologie, gastro-entérologie, neurologie, centre de séjour du Pont Vieux, maison de retraite IENA. Téléphone : **04 68 24 20 73**

En dehors de leur temps de présence ou lors des absences, vous pouvez leur laisser un message oral sur leurs répondeurs respectifs ou un message écrit dans leur boîte aux lettres situées devant leur bureau du hall d'entrée.

DONS D'ORGANES

Il ne peut y avoir de transplantations et de greffes sans don.

C'est un acte de générosité, solidarité, c'est un geste humain, une démarche citoyenne.

Cette activité existe au centre hospitalier depuis 2002.

Cette mission de santé publique est inscrite dans le projet d'établissement de notre établissement.

Elle est réglementée par la loi.

Quatre grands principes : - gratuité - anonymat - recueil de témoignage auprès des proches du défunt - respect des règles de bonne pratique.

Elle est organisée en France sous la responsabilité de l'agence de la biomédecine placée sous la tutelle du ministre de la santé.

Comment donner ?

Chaque personne peut de son vivant se positionner par rapport au don. Avant tout prélèvement, la loi de bioéthique, oblige les équipes à recueillir la non-opposition du défunt auprès de sa famille ou de ses proches : il est donc important de faire connaître sa position face au don auprès de ses proches :

- soit être en faveur et porter sur soi une carte de donneur,
- soit être opposé et s'inscrire sur le registre national de refus.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter :

coordination hospitalière de prélèvements : 04 68 24 21 17 ou au 04 68 24 21 18

VISITEURS DES MALADES EN MILIEU HOSPITALIER

Des visiteurs des malades en milieu hospitalier (V.M.E.H) peuvent vous rendre visite si vous le souhaitez. Vous pouvez les contacter en téléphonant au **04 68 25 56 18** ou par correspondance à l'adresse ci-après :

V.M.E.H
Centre Hospitalier
11890 CARCASSONNE Cédex 9

ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS DANS L'AUDE (A.S.P)

Le centre hospitalier de Carcassonne a signé une convention avec l'ASP AUDE.

Les bénévoles de l'ASP AUDE sont formés à l'accompagnement des malades en phase palliative ou terminale ; ils interviennent à la demande du malade, de sa famille ou des soignants.

Ses objectifs :

Accompagner la personne en phase palliative ou terminale, dans une attitude d'écoute, de respect de la dignité de la personne : dans le plus strict respect de ses convictions, de ses opinions, de ses croyances.

Accompagner au besoin, l'entourage familial.

Promouvoir le développement des soins palliatifs.

Coopérer avec les équipes soignantes en institution comme au domicile et les Réseaux de Soins palliatifs du département.

Son éthique :

Accompagner toujours avec le consentement du malade et/ou celui de la famille.

Lutter contre l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique.

Téléphone : **04 68 72 68 96**

TRANSPORT

Du lundi au samedi, un bus assure les déplacements entre le centre hospitalier et la ville (ligne N°5) toutes les heures de 8 heures à 19 heures. Les horaires pourront vous être communiqués par le standard, l'hôtesse d'accueil du hall d'entrée ou le personnel des services d'hospitalisation.

VOS VISITES

Les visites ont lieu de 13 heures à 20 heures. Des visites trop longues, trop fréquentes, trop nombreuses risquent de vous fatiguer, de troubler le repos de vos voisins, voire même d'entraver le travail quotidien du personnel chargé de vous soigner. La présence d'enfants est à éviter dans l'ensemble des services.

Après 21 heures, l'accès à l'hôpital se fait uniquement par le service des urgences. S'annoncer à l'interphone situé à la barrière d'accès aux urgences.

La grille d'entrée de la maternité étant fermée à partir de 21 heures, il conviendra de s'annoncer à l'interphone.

✔ recommandez donc à vos parents et amis de vous rendre visite aux heures normales de visites (13 heures à 20 heures).

✔ de se limiter à deux visites par malade et notamment dans les chambres à deux lits afin de préserver le repos des patients.

✔ d'éviter tout bruit dans les services et de respecter l'interdiction de fumer.

✔ de se retirer dans le couloir si le personnel est amené à donner des soins à vous-même ou à votre voisin de chambre.

- ✓ de ne pas introduire d'animaux domestiques (chiens, chats ...) dans l'établissement.
- ✓ Les visiteurs trouveront dans le hall d'entrée, auprès de l'hôtesse d'accueil, tous renseignements pour se rendre jusqu'à votre chambre.
- ✓ visiteurs : respectez les règles de sécurité. Ne fumez pas.
- ✓ toute porte doit être refermée en sortant.

POURBOIRES

En application de la réglementation, les pourboires au personnel sont formellement interdits.

VINS, ALCOOLS ET DENREES ALIMENTAIRES

L'introduction de boissons alcoolisées et de denrées alimentaires dans l'établissement est rigoureusement interdite. Il est interdit de déposer des victuailles et bouteilles sur le rebord des fenêtres afin d'éviter tout accident.

TABAC - INTERDICTION DE FUMER ET CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE

Il est formellement interdit de fumer dans un établissement de santé. Par ailleurs, dans le cadre de la signature de la charte « hôpital sans tabac », il existe une consultation de tabacologie.

Contactez le secrétariat de pneumologie au 6^{ème} étage, téléphone : 04 68 24 26 00.

Il existe aussi des consultations de tabacologie à la maternité, téléphone : 04 68 24 28 00 et au centre de consultation en alcoologie et addictions, téléphone : 04 68 24 30 60.

COMMENT POURREZ VOUS QUITTER L'HOPITAL ?

Le médecin est le seul qui peut décider du type de transport dont vous avez besoin.

- ✓ soit par vos propres moyens,
- ✓ soit par les transports en commun, un arrêt d'autobus étant situé devant l'hôpital,
- ✓ soit par taxi,
- ✓ soit par ambulance.

Dans ce cas, il vous appartient de choisir un ambulancier susceptible d'effectuer le transport dans un véhicule approprié à votre état et demander au service d'hospitalisation de commander votre ambulance.

Si vous souhaitez vous faire rembourser de ces frais de transport par ambulance auprès de votre organisme d'assurance maladie, il conviendra de vous faire délivrer un certificat attestant la nécessité de votre transport.

Un enfant mineur ne pourra quitter l'hôpital qu'accompagné de l'adulte qui détient l'autorité parentale.

Si vous souhaitez bénéficier d'une maison de repos après votre hospitalisation, veuillez en parler au médecin rapidement afin de ne pas prolonger votre hospitalisation.

CONSIGNES DE SECURITE

✓ en cas d'incendie dans votre chambre :

Ne criez pas « au feu ». Gardez votre calme. Donnez l'alerte en prévenant immédiatement votre service par l'appel malade.

✓ en cas d'incendie hors de votre chambre :

Veillez à fermer vos fenêtres ainsi que votre porte en calfeutrant celle-ci et en la mouillant. A l'audition du signal d'évacuation ou sur ordre, suivez les indications données par le personnel ou les pompiers. Si les dégagements sont impraticables, manifestez votre présence à la fenêtre.

Conseils

La fumée est parfois plus dangereuse que les flammes.

En cas d'enfumage, sachez que l'air le plus respirable est au niveau du sol.

✓ signalement du risque et des évènements indésirables :

Soucieux de mettre en œuvre des mesures de prévention nécessaires à l'amélioration de la sécurité des usagers et du personnel, l'établissement développe une politique de prévention des risques :

Risques liés à la circulation interne et externe, à la sécurité des biens, à la confidentialité, à la prise en charge médicale ou non médicale, à la communication, aux équipements, à l'organisation, etc ...

Leur signalement nous permettra ensuite d'améliorer votre sécurité lors de vos éventuels séjours. Des formulaires spécifiques sont à votre disposition : adressez vous aux cadres de santé des services d'hospitalisation ou bien directement à la responsable qualité de l'établissement que vous pourrez joindre au numéro interne : **29 93**.

7 - LES PRINCIPAUX OUTILS DE MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT

7-1 - Le projet d'établissement

(ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005)

Art 107

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel.

7.2 - La contractualisation

(ordonnances N°96-346 du 24 avril 1996 et N°2005-406 du 2 mai 2005)

Art 108

L'idée de contractualiser la gestion hospitalière vient de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 qui distingue deux cas : la contractualisation externe et la contractualisation interne.

7.2.1 - La contractualisation externe

Art.109

La contractualisation externe s'exprime par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les directeurs d'établissements de santé et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du lieu d'implantation de l'établissement.

Une délibération du conseil d'administration est nécessaire après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

Ces contrats d'objectifs et de moyens doivent en outre préciser les transformations en pôles d'activité.

7.2.2 - La contractualisation interne

Art.110

La contractualisation devient l'élément de la bonne gestion des établissements publics de santé.

Un contrat d'objectifs et de moyens doit être signé avec chacun des pôles d'activités entre, d'une part, le responsable du pôle et d'autre part, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement.

Le centre hospitalier met en place des procédures de contractualisation interne avec ses pôles d'activité, qui bénéficieront de délégation de gestion de la part du directeur.

Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur.

7.3 - Les gardes de direction

Art 111

Pour répondre à la nécessité de recourir en permanence à une autorité responsable, le directeur organise un service de garde administrative assurée par l'équipe de direction.

La garde de direction résulte de la nature même du service hospitalier qui est un service permanent. Elle a pour mission d'assurer le fonctionnement continu de l'ensemble de l'établissement.

La garde de direction se distingue des autres gardes spécialisées telles que les gardes médicales, paramédicales, techniques ou médico-techniques. Elle s'appuie sur ces gardes spécialisées et les coordonne pour le bien être du malade et la continuité du service public hospitalier.

7.4 - L'évaluation

Art 112

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration, après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

8 - DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL

(Lois du 13 juillet 1983 et du 9 janvier 1986)

OBLIGATIONS

Art. 113 - Nécessité de service

Le centre hospitalier assure une mission de service public et il doit, à ce titre, organiser la permanence et la continuité des soins et des activités nécessaires à son fonctionnement et à l'accueil des patients à tout moment.

Chaque agent hospitalier se doit de participer à cette continuité.

Art. 114 - Assiduité et ponctualité du personnel

L'assiduité et la ponctualité du personnel médical et non médical, administratif, technique et ouvrier font partie des conditions essentielles du bon fonctionnement du Centre Hospitalier.

Un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

Art. 115 - Exécution des ordres reçus

Tout fonctionnaire hospitalier, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il 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. Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.**

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

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

Art. 116 - Information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Il doit également effectuer tout signalement d'événement indésirable.

Art. 117 - Conservation en bon état des locaux, matériels et effets

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

Art. 118 - Interdiction de pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades à titre de gratification.

Art. 119 - Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les fonctionnaires hospitaliers consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit à l'exception de production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques.

Les fonctionnaires hospitaliers ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle ils appartiennent ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance.

Art. 120 - Identification du personnel

Une identification du personnel a été instituée sur les tenues de travail pour le personnel qui en porte.

Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification mis en place dans un souci d'identification, d'humanisation de l'établissement hospitalier et de meilleure sécurité de tous.

Art. 121 - Tenue vestimentaire de travail

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du centre hospitalier doivent adopter les tenues vestimentaires de travail usuelles dans l'établissement.

La tenue vestimentaire réglementaire doit donc être portée pendant toute la durée du service.

Le port des vêtements de travail est interdit au restaurant du personnel sauf pour les agents de sécurité et les techniciens de maintenance qui peuvent être amenés à intervenir sans délai sur les installations ou les bâtiments.

Art.122 - Tenue et comportement correct exigé

Une tenue correcte dans l'habillement, dans le langage comme dans les actes est exigée de l'ensemble du personnel.

La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

Art.123 - Lutte contre le bruit

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

Art 124 - Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Art.125 - Comportement

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

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des malades ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier.

Art. 126 - Liberté de conscience, d'opinion et principe de neutralité

Les affichages, les mouvements et les réunions à caractère syndical du personnel sont proscrits dans les locaux utilisés par les usagers.

Tout prosélytisme religieux est interdit.

Le principe de neutralité s'impose à tout le personnel : il est interdit de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses croyances religieuses, notamment en portant un signe ostentatoire destiné à marquer son appartenance à une religion. Le non respect de ce principe constitue un manquement à ses obligations et peut être passible de sanction (circulaire DHOS/G N°2005-57 du 2 février 2005).

Art 127 - Relations avec les familles

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

Art.128 - Respect du libre choix des familles

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

Art.129 - Secret professionnel

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel. Il ne peut être délié de cette obligation que par le juge d'instruction ou un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat, qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

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

Art. 130 - Obligation de discrétion professionnelle

Les fonctionnaires hospitaliers doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Art. 131 - Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier

Les réunions publiques sont interdites au Centre Hospitalier, sauf autorisation expresse du directeur ou de son représentant.

DROITS

Art. 132 - Exercice du droit syndical

L'exercice du droit syndical s'exerce, conformément à la réglementation en vigueur.

Art.133 - Droit de grève

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur définit le service minimum après avis du comité technique d'établissement. Le directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum.

Art.134 - Consultation du dossier administratif

Tout agent de l'établissement peut demander à consulter son dossier administratif au bureau du personnel sur rendez-vous. Des copies de documents contenus dans son dossier peuvent lui être délivrées.

Art 135. - Livret d'accueil du personnel

Un livret d'accueil du personnel sera remis à tout agent intégrant le centre hospitalier de Carcassonne.

DIVERS

Art.136 - Accès interdit aux démarcheurs, agents d'affaires

La vente de produits est interdite dans l'enceinte de l'établissement. Seules peuvent être autorisées, à titre exceptionnel, par le directeur ou son représentant, les expositions-vente de certaines associations à caractère humanitaire et social.

Art.137 - Effets et biens personnels - Responsabilité

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte (voire toute déprédation) d'argent, valeur ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

9 - REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS LE CENTRE HOSPITALIER

(Arrêtés du 23 mai 1989 et du 6 août 1996)

Art. 138 - Sécurité incendie

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie.

Le service sécurité incendie diffuse et fait afficher les consignes de prévention et de mise en sécurité. Il organise des exercices d'utilisation des extincteurs et de mise en sécurité auquel tout agent est tenu de se rendre.

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Art.139 - Voies de circulation

Les voies dessertes établies dans l'enceinte du centre hospitalier constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel, des usagers du service public hospitalier et des fournisseurs.

Art. 140 - Règles de circulation

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte du centre hospitalier.

La vitesse y est limitée à 30 km/h.

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

Art. 141 - Stationnement

Le stationnement dans l'enceinte du centre hospitalier est assuré dans la limite des places disponibles et interdit en dehors des emplacements matérialisés.

Des aires de stationnement sont réservées à certaines personnes qui, de par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement (taxis, ambulances). Des places réservées aux personnes handicapées sont également matérialisées (2 devant l'entrée principale du bâtiment hospitalier - 2 devant l'entrée du bâtiment maternité).

Le civisme de tous, autant des usagers que des personnels, permettra de respecter leur affectation.

Art. 142 - Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. La circulation et le stationnement dans l'établissement ne sauraient en rien engager la responsabilité du centre hospitalier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

Art. 143 - Sanctions

Le Directeur du centre hospitalier ou l'administrateur de garde se réservent le droit de faire appel aux forces de police, à la fourrière ou de faire déplacer, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et de manière générale, compromettrait le fonctionnement du service public hospitalier.

Il est impératif de laisser libre les voies d'accès réservées aux véhicules de pompiers sous peine d'application des dispositions précédentes.

Sous la responsabilité du directeur ou de l'administrateur de garde, les agents de sécurité sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus.

10 - DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 - Approbation et modification du règlement intérieur

Art 144

Le présent règlement intérieur est soumis à délibération du conseil d'administration du centre hospitalier de Carcassonne, après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Il ne pourra être modifié que par délibération du conseil d'administration du centre hospitalier, après avis des ces mêmes instances.

Le présent règlement intérieur a été adopté par délibération N° 44-06 du conseil d'administration du 27 septembre 2006, après avis de la commission médicale d'établissement du 25 septembre 2006, du comité technique d'établissement 26 septembre 2006 et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du 25 septembre 2006.

Avant la saisine officielle et formelle des instances de l'établissement, il a fait l'objet d'une concertation interne avec les principaux acteurs de l'établissement.

10.2 - Mise à disposition du règlement intérieur

(Décret N°2003-462 du 21 mai 2003. Art R.1112-78 du CSP)

Art 145

Le règlement intérieur est communiqué ou tenu à la disposition de toute personne qui en formule la demande auprès de la direction. Un exemplaire est déposé dans chaque direction et dans chaque pôle hospitalier ainsi qu'à la direction du service des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et du bureau des admissions à destination des malades qui demandent à le consulter. Les usagers pourront disposer du règlement intérieur (contre remboursement).

Par ailleurs, le présent règlement intérieur est tenu à la disposition des personnels dans chaque service de l'établissement. Il fait notamment l'objet d'une information au sein des conseils de pôle, selon des modalités à mettre en œuvre par les équipes de pôle.

Il sera également possible de le consulter sur la messagerie interne à l'établissement ou intranet avec sécurisation.