

RÈGLEMENT INTÉRIEUR 2015

GROUPE HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE L'OISE

SOMMAIRE

PREAMBULE	6
CHAPITRE I : ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU GHPSO	8
SECTION 1 – ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU GHPSO	8
Article 1 – Conseil de Surveillance	8
Article 2 – Le Directeur et ses missions.....	11
Article 3 – Le Directoire	12
Article 4 – Commission Médicale d’Etablissement.....	13
Article 5 – Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques	19
Article 6 – Comité Technique d’Etablissement	21
Article 7 – Comité d’Hygiène Sécurité et Conditions de Travail.....	23
Article 8 – Commission Administrative Paritaire Locale	25
Article 9 – Commission de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge (CRUQPEC)	31
Article 10 – Commission d’activité libérale.....	34
Article 11– Commission de l’Organisation de la Permanence des Soins (COPS)	36
Article 12 – Autres instances spécialisées, comités de pilotage ou groupes de travail internes.....	37
SECTION 2 – ORGANISATION DES SOINS AU SEIN DU GHPSO.	37
Article 13– Organisation en pôles.....	37
Article 14 – Déontologie des différentes catégories professionnelles.....	40
Article 15 – Organisation de la permanence médicale des soins	41
Article 16 – Permanence de direction	41
Article 17 – Dispositions particulières EHPAD et USLD	42
Article 18 – Soins palliatifs	42
SECTION 3 – LE TRAITEMENT AUTOMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES	43
Article 19 – Droits relatifs à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.....	43
Article 20 – Département d’Information Médicale (DIM)	43
Article 21 – Règles concernant l’utilisation de l’informatique.....	43
CHAPITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET A LEUR FAMILLE	45
SECTION 1 – DROITS DES PATIENTS	45
Article 22 – Respect de la dignité des patients.....	45
Article 23 – Information du patient sur son état de santé et ses soins, secret médical.....	45
Article 24 – Information de la famille des patients.....	46
Article 25 – Personne de confiance et directives anticipées.....	46
Article 26 – Consentement aux soins	47
Article 27 – Discretion demandée par le malade concernant sa prise en charge	48
Article 28 – Liberté de culte.....	48
Article 29 – Accès au dossier médical.....	49
Article 30 – Vidéosurveillance et droit à l’image	49
Article 31 – Droits civiques des patients hospitalisés.....	49
Article 32 – Recours en cas de non respect de ces droits	50

Article 33 – Identification des écrits du personnel	50
SECTION 2 – CAS PARTICULIERS.....	50
Article 34 – Hospitalisation de mineurs	51
Article 35 – Majeurs légalement protégés	53
Article 36 – Femmes enceintes	54
Article 37 – Détenus	55
Article 38 – Militaires	55
Article 39 – Malades toxicomanes	55
Article 40 – Personnes étrangères	56
SECTION 3 – CONDITIONS DE SEJOUR	56
Article 41 – Accueil des patients	56
Article 42 – Livret d'accueil.....	56
Article 43 – Admission.....	57
Article 44 – Règles de vie collective	59
Article 45 – Organisation des services aux patients réalisés par des prestataires au GHPSO	62
Article 46 – Visites	62
Article 47 – Sortie	64
Article 48 – Patients en fin de vie	65
SECTION 4 – DEVOIRS DES PATIENTS.....	65
Article 49 – Avoir une attitude respectueuse	66
Article 50 – Obligations financières des patients.....	66
Article 51 – Autres devoirs des patients : neutralité, confidentialité, surveillance des affaires personnelles	67
Article 52 – Sanction du non-respect des devoirs des patients et/ou de leurs proches.....	68
SECTION 5 – SECURITE	68
Article 53 – Protection du public.....	68
Article 54 – Dégradations matérielles	69
SECTION 6 – DECES DU PATIENT HOSPITALISE	69
Article 55 – Notification du décès du patient hospitalisé	69
Article 56 – Déclaration d'enfant sans vie.....	69
Article 57 – Indices de mort violente ou suspecte	69
Article 58 – Toilette mortuaire et inventaire après décès	70
Article 59 – Mesures de police sanitaire	70
Article 60 – Transport de corps	70
Article 61 – Prélèvements d'organes	72
SECTION 7 – SOINS DES PATIENTS ET EXERCICE DE LA POLICE/JUSTICE.....	72
Article 62 – Admission d'une personne victime d'un crime ou d'un délit.....	72
Article 63 – Réquisition pour examen médical.....	73
Article 64 – Audition d'une personne hospitalisée ou d'un personnel hospitalier ..	73
Article 65 – Certificat de non hospitalisation	74
Article 66 – Examen ou prélèvement contre la volonté d'une personne	74
Article 67 – Troubles à l'ordre public	74
Article 68 – Vols	75

Article 69 – Fouille à corps.....	75
Article 70 – Saisie d’arme.....	75
Article 71 – Garde à vue.....	75
Article 72 – Violences conjugales et familiales.....	76
Article 73 – Suicide	76
CHAPITRE III : DROITS ET OBLIGATIONS DES PERSONNELS DU GHPSO	77
SECTION 1 - DROITS DU PERSONNEL DU GHPSO.....	77
Article 74 – Egalité de traitement, non-discrimination	77
Article 75 – Droit à la protection dans l’exercice des fonctions.....	77
Article 76 – Droit à la protection contre le harcèlement sexuel et moral	78
Article 77 – Droit syndical.....	78
Article 78 – Droit de grève	79
Article 80 – Droit à la formation	79
Article 81 – Droit à une rémunération et à la protection sociale	79
Article 82 – Arrêt maladie.....	79
Article 83 – Droit au cumul d’activités	79
Article 84 – Disponibilité.....	80
Article 85– Droit à la mobilité	82
Article 86 – Droit au reclassement	82
Article 87 – Clause de conscience	83
Article 88 – Cellule des risques psychosociaux.....	83
SECTION 2 – OBLIGATIONS DES AGENTS DU GHPSO.....	83
Article 89 – Devoir d’information.....	83
Article 90– Secret professionnel	84
Article 91 – Obligation de neutralité et de réserve.....	85
Article 92– Accueil et respect du libre choix des proches du patient	85
Article 93 – Obligation de se consacrer totalement à sa fonction.....	85
Article 94 – Respect de la présence au travail	85
Article 95 – Exécution des instructions reçues.....	85
Article 96 – Obligation de désintéressement	86
Article 97 – Respect des règles d’hygiène et de sécurité	86
Article 98 – Obligation de respecter les patients et les collègues	86
Article 99 – Dépôt argent et valeurs confiés par les malades ou trouvés	86
Article 100 – Obligation relative à la tenue vestimentaire et au port d’un badge..	86
Article 101 – Contrôle d’accès	87
Article 102 – Obligation de se présenter aux visites de la médecine du travail.....	87
Article 103 – Obligation relative à la sécurité.....	88
Article 104 – Lutte contre le tabagisme, l’alcoolisme et la consommation de stupéfiants.....	88
Article 105 – Lutte contre le bruit.....	88
Article 106 – Obligations en cas de départ.....	88
Article 107 – Règlement intérieur et intervenants extérieurs.....	89
Article 108 – Manifestations dans l’enceinte du GHPSO.....	89
SECTION 3 – SANCTIONS ET DISCIPLINE.....	89
Article 109 – Abandon de poste.....	89

Article 110 – Sanction disciplinaire.....	89
Article 111 – Responsabilité civile du personnel	90
Article 112 – Responsabilité pénale du personnel	90
SECTION 4 – VIE AU TRAVAIL.....	90
Article 113 – Restaurant du personnel.....	90
Article 114 – Centre de documentation	90
Article 115 – Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS).....	91
Article 116 – Vie associative du GHPSO	91
Article 117 – Interprétariat	92
CHAPITRE IV : REGLES DE CIRCULATION DANS L'ENCEINTE DES DEUX SITES DU GHPSO	93
Article 118 – Respect de la signalisation	93
Article 119 – Parking et stationnement	93
Article 120 – Règles d'utilisation des véhicules par le personnel	93
Article 121- Règles concernant les chauffeurs-livreurs du GHPSO	94
Article 122 – Responsabilité du GHPSO	94
Article 123 – Utilisation du véhicule personnel pour les besoins de service.....	94
CHAPITRE V : DISPOSITIONS GENERALES	95
Article 124 – Objet et champs d'application du présent règlement intérieur.....	95
Article 125 – Approbation du règlement intérieur.....	95
Article 126 – Mise à disposition du règlement intérieur	96
Article 127 – Mise à jour du règlement intérieur	96

PREAMBULE

Le Règlement Intérieur du Groupe Hospitalier du Sud de l'Oise (GHPSO), précise les règles de fonctionnement de l'établissement, concernant l'organisation administrative et médicale, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux ainsi qu'aux usagers dans le respect de la réglementation. Il est établi en application des dispositions du Code de la Santé publique et notamment de son article L 1112-3. Il se substitue aux dispositions antérieurement en vigueur.

Le GHPSO représente pour les bassins de vie creillois et senlisiens une offre hospitalière d'une dimension renforcée, qui l'inscrit au deuxième rang des hôpitaux publics de la Région Picardie. C'est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, qui a pour mission d'assurer la prise en charge globale de toute personne qui se présente sur les sites de Creil ou de Senlis, en tant que personne dont l'état physique ou psychique nécessite des soins.

MISSIONS ET OBLIGATIONS DU GHPSO :

Le Groupe Hospitalier doit :

- assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients
- participer à des actions de santé publique, à des actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention
- participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et iatrogènes
- garantir à tout patient accueilli l'égal accès à des soins de qualité qu'il dispense sans aucune discrimination.

Il participe à :

- la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux dans le cadre défini,
- la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Il concourt à :

- l'enseignement professionnel,
- la formation initiale et continue, du personnel paramédical, en coordination avec les autres professionnels à l'aide médicale urgente,

- la lutte contre l'exclusion sociale en coordination avec les autres professionnels dans une dynamique de réseaux.

Il assure :

- une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale,
- la permanence des soins,
- la prise en charge des soins palliatifs,
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
- l'aide médicale urgente conjointement avec les autres professionnels de santé,
- l'action de santé publique,
- la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement,
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier,
- l'égal accès à des soins de qualité,
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution,
- la prise en charge au tarif fixé par l'autorité administrative ou au tarif des honoraires prévus au code de la sécurité sociale.

Il élabore et met en œuvre :

- une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à ces activités.

Il est ouvert à toutes les personnes dont l'état requiert ses services. Il doit être en mesure de les accueillir de jour comme 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.

CHAPITRE I : ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET MEDICALE DU GHPSO

SECTION 1 – ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU GHPSO

Le présent règlement intérieur prend en compte les dispositions issues de :

- La nouvelle gouvernance hospitalière induite par l'ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé par ses principaux textes d'application réglementaires.
- La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- L'arrêté DROS-2011-0288 portant décision de transformation, résultant d'une fusion du Centre Hospitalier Laennec de Creil et du Centre Hospitalier de Senlis, en un établissement public de santé de ressort intercommunal, en date du 13 septembre 2011.
- La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

1.1. Instances

Article 1 – Conseil de Surveillance

Textes de référence

Article R6143-1 à R6143-3 du Code de la Santé Publique (CSP)

Article L6143-1 du CSP

Articles R6143-8 à R6143-16 du CSP

Composition

Le Conseil de surveillance du GHPSO comprend 15 membres. Conformément à l'article R6143-3 du Code de la Santé, le conseil de surveillance du GHPSO, établissement public de santé de ressort intercommunal, comprend :

1° - Au titre des représentants des collectivités territoriales :

- le maire de Creil, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, autre que celle du siège de l'établissement principal : la commune de Senlis
- deux représentants des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre auxquels appartiennent respectivement ces deux communes : la Communauté de Communes des Trois Forêts et la Communauté de l'agglomération Creilloise
- le président du conseil général (Conseil Départemental de l'Oise, ou le représentant qu'il désigne ;

2° - Au titre des représentants du personnel :

a) Un membre de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par celle-ci ;

b) Deux membres désignés par la commission médicale d'établissement ;

c) Deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement ;

3° - Au titre des personnalités qualifiées :

a) Deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

b) Trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1.

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

Compétences:

Le Conseil de Surveillance délibère sur :

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;

2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

4° Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur ;

6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son Directoire ou de son Conseil de Surveillance ;

7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement

8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L.6145-7.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 ;

- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire

- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge

opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Fonctionnement :

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative. En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire. Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil de surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.

Le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance. Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents. Dans ce cas, le conseil de surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante. Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an. Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques. Les membres du conseil de surveillance ainsi que les autres personnes appelées à assister à ces réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

La durée des fonctions de membre de conseil de surveillance est de cinq ans. Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant. Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée. Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Le conseil de surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur de l'établissement. Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence de ce dernier.

Article 2 – Le Directeur et ses missions

Texte de référence

Art. L 6143-7 du CSP

Le Directeur, Président du Directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement, autres que celles qui relèvent de la compétence du Conseil de Surveillance, énumérées aux points 1° à 15° présentés ci-dessous. Il participe aux séances du Conseil de Surveillance et exécute ses délibérations.

Le Directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au Directeur général du Centre National de Gestion la nomination des Directeurs adjoints et des Directeurs des soins. La Commission Administrative Paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du Chef de Pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, il propose au Directeur général du Centre National de Gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement est communiqué au Directeur général du Centre national de gestion.

Le Directeur 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.

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

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6123-3.

Après concertation avec le Directoire, le Directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la Commission Médicale d'Etablissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du Conseil de Surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au Conseil de Surveillance le projet d'établissement ;

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'Agence Régionale de Santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

Le Directeur est assisté d'une équipe de direction.

Article 3 – Le Directoire

Textes de référence

Art. L6143-7-4 et L. 6143-7-5 du CSP

Art D. 6143-35-1 du CSP

Art D. 6143-35-5 du CSP

Décret 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé

Décret 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé

Instruction DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

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

Le directoire du GHPSO est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il comporte sept membres :

- le directeur, président du directoire ;
- le président de la commission médicale d'établissement, vice-président.
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ces membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement

Le Directoire est composé de :

Membres de droit :

- Le Directeur, Président du Directoire,
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement,
- Le Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique.

Membres nommés par le Directeur :

- Trois praticiens hospitaliers,
- Un Directeur adjoint.

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

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

2. Instances consultatives du GHPSO

Article 4 – Commission Médicale d'Etablissement

Textes de référence

Art. L. 6144-1 et L. 6144-2 du CSP

Art. R.6144-1 à R.6144-6 du CSP

Art L. 6143-1 à L. 6143-7 du CSP

Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013

Décret n°2016-291 du 11 mars 2016

Circulaire N°DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014

Le règlement intérieur de la commission médicale d'établissement (CME), est établi selon la réglementation en vigueur et décrite dans cet article. Dans sa dernière mise à jour, il intègre les dispositions du Décret n°2016-291 du 11 mars 2016 modifiant les dispositions relatives à la CME,

au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de service et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

Dans chaque établissement public de santé, une Commission Médicale d'Etablissement (CME) est instituée. Instance essentielle de la gestion interne de l'établissement, elle représente la « Communauté Médicale » de l'hôpital. Le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifie les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

Compétences et attributions :

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

- 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;
- 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ;
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

- 1° Le projet médical de l'établissement ;
- 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;
- 4° La politique de formation des étudiants et internes ;
- 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
- 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La commission de soins se prononce sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement.

La commission médicale d'établissement est informée sur :

Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement et les contrats de pôle ;

Le bilan annuel des tableaux de service, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

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

1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;

2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

4° La prise en charge de la douleur ;

5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

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

1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;

2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;

3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;

4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;

5° L'organisation des parcours de soins.

La Commission Médicale d'Etablissement :

1° Propose au Directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

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

Composition :

I. - La composition de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers est fixée comme suit :

1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;

- 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles
- 3° Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;
- 4° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;
- 5° Des représentants élus des sages-femmes (au moins deux sages-femmes)
- 6° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

II. - Assistent en outre avec voix consultative :

- 1° Le président du directoire ou son représentant ;
 - 2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
 - 3° Le praticien responsable de l'information médicale ;
 - 4° Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
 - 5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
 - 6° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
- Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

Désignation des membres :

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

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

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

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

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelable.

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

Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des conseils des unités de formation et de recherche liées par convention à l'établissement. Un représentant des étudiants en maïeutique est nommé pour deux ans par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par

convention à l'établissement ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'établissement.

II. - Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans des conditions prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

III. - La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

Fonctionnement :

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

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

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

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

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

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

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

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

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Vice-président du Directoire, est chargé conjointement avec le Directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la Commission Médicale d'Etablissement. Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au Directoire le programme d'actions proposé au Directeur par la Commission Médicale d'Etablissement.

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

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2. Il comprend notamment:

1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins ;

2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;

4° L'organisation des moyens médicaux ;

5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;

6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. »

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

1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;

2° Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;

3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;

4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;

5° Il présente au Directoire ainsi qu'au Conseil de Surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Le temps consacré aux fonctions de Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-président du Directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement, Vice-président du Directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions. Une formation est proposée au Président de la Commission Médicale d'Établissement à l'occasion de sa prise de fonction. A sa demande, le Président de la Commission Médicale d'Établissement peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la reprise de

l'ensemble de ses activités médicales. Les modalités de cette formation sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

La Commission Médicale d'Établissement s'est dotée d'un règlement intérieur spécifique.

Article 5 – Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

Textes de référence

Art. R. 6146-10 à R. 6146-16 du CSP

Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques dans les établissements publics de santé.

Le GHPSO s'appuie sur une coordination générale des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation confiée à un Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le Directeur.

La Commission des soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis sur :

1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;

3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;

4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;

5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques;

6° La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

1° Le règlement intérieur de l'établissement ;

2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;

3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Composition et fonctionnement :

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

Les représentants élus constituent trois collèges :

1° Collège des cadres de santé ;

2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

3° Collège des aides-soignants.

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

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

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 des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;

c) Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du Directeur de l'institut de formation paramédicale ou des Directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

d) Un élève aide-soignant nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du Directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des Directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;

e) Un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du Président ou d'un tiers de ses membres.

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

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

Le nombre de sièges au sein de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est déterminé par le règlement intérieur de l'établissement dans la limite de 30 membres élus pour les centres hospitaliers et de 40 membres élus pour les centres hospitaliers universitaires. Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

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

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

La date de l'élection est fixée par le Directeur de l'établissement. Au minimum un mois avant l'élection, 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.

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 Président du Directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

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

La commission délibère valablement lorsque au moins la moitié des membres élus sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

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

Le Président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques dans un rapport adressé au Directoire.

Article 6 – Comité Technique d'Établissement

Textes de référence

Art. R 6144-40 à 41 du CSP Articles R6144-68 à D6144-81 du Code de la Santé Publique sur le fonctionnement du CTE

Articles R6144-82 à D6144-85 du Code de la Santé Publique sur les dispositions communes aux commissions médicales d'établissement et aux comités techniques d'établissement

Décret n°2013-842 du 20 septembre 2013 élargissant les attributions et consultations du CTE des établissements publics de santé

Décret 2014-822 du 18 juillet 2014 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé

Le CTE est l'instance représentative des personnels non médicaux. Elle est une instance consultative.

Composition :

Le Comité Technique d'Établissement du GHPSO comprend, outre le directeur ou son représentant, 15 membres représentant le personnel non médical. Les représentants du personnel sont élus à la représentation proportionnelle.

Il comporte un nombre égal de suppléants et un représentant de la Commission Médicale d'Établissement qui a voix consultative.

Il est présidé par le Directeur.

Lorsque l'ordre du jour comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, les médecins du travail sont invités à la séance et y assistent avec voix consultative.

Compétence :

Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement est également consultée ; ces matières sont les suivantes :

« 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique (CSP) ;

- « 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
 - « 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du CSP;
 - « 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du CSP;
 - « 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
 - « 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
- « II. — Le comité technique d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :
- « 1° 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 ;
 - « 2° La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
 - « 3° Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
 - « 4° La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
 - « 5° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
 - « 6° Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Fonctionnement :

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

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur des hôpitaux et du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un comité technique d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonction à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Le quorum est égal à la moitié des membres, soit 8 personnes.

Le Comité Technique d'Etablissement se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son Président ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Il établit son règlement intérieur.

Le secrétariat est assuré par l'un des représentants du personnel. Les séances ne sont pas publiques.

3. Instances spécialisées

Article 7 – Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT)

Textes de référence

Article L4612-1 du code du travail

Article L4132-1 à L4132-4 du code du travail

Article L4133-1 à L4133-5 du code du travail

Article L4614-12 du code du travail

Loi n° 82- 1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, modifiée par le décret n° 83-844 du 23 septembre 1983, le décret n°85-946 du 16 août 1985, la circulaire DH/8D du 8 décembre 1989,

Circulaire n°2009-280 du 7 septembre 2009

Sous réserve de dispositions spécifiques à la fonction publique hospitalière, c'est le code du travail qui s'applique à l'établissement en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

Composition :

Le CHSCT est composé de membres ayant voix délibérative et de membres à titre consultatif :

Les membres ayant voix délibérative sont :

- le chef d'établissement ou son représentant qui assure la présidence du CHSCT,
- neuf représentants du personnel non médical,
- deux représentants du personnel médical désigné par la CME en son sein.

Il y a un suppléant par titulaire, celui-ci ne pouvant prendre part aux votes qu'en l'absence du titulaire.

Les membres à titre consultatif sont les suivants :

- les médecins du travail
- le directeur des services techniques
- le coordonnateur des soins infirmiers
- les agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale

L'inspecteur du travail est destinataire des ordres du jour et peut assister aux réunions du CHSCT. Les procès-verbaux des réunions sont mis à disposition.

Diverses personnes sont susceptibles d'être consultées sur des sujets particuliers pour lesquels leur expertise serait requise.

Compétence :

Les missions du CHSCT sont définies conformément aux articles L4612-1 et suivants du code du travail.

Le CHSCT exerce des missions de contrôle, de prévention et d'étude. Il est chargé notamment de :

- 1° contribuer à la protection de la santé physique et mentale des salariés de l'établissement et des travailleurs mis à disposition par une entreprise extérieure,
- 2° contribuer à l'amélioration des conditions de travail,
- 3° veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en cette matière (L4612-1),

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes. Il procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité (L4612-2 du code du travail).

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral et du harcèlement sexuel. Le refus de l'employeur est motivé (L4612-3).

Pour l'exercice de leurs missions, les membres du CHSCT procèdent, à intervalle régulier, à des inspections. La fréquence de ces réunions est au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité (art L4612-4). Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Droits d'alerte et de retrait :

Le représentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui constate, notamment par l'intermédiaire d'un travailleur, qu'il existe un danger grave et imminent pour la vie et la santé d'un travailleur, en alerte immédiatement l'employeur. L'alerte est consignée par écrit dans des conditions déterminées par voie réglementaire. L'employeur examine la situation conjointement avec le représentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui lui a transmis l'alerte et l'informe de la suite qu'il réserve à celle-ci (Article L4133-2).

Le droit de retrait est exercé de telle manière qu'il ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de danger grave et imminent (Article L4132-1).

Fonctionnement :

Le CHSCT est présidé par le chef d'établissement ou son représentant. Le secrétaire du CHSCT est désigné par les représentants du personnel au sein du comité. La désignation du secrétaire du CHSCT et de son suppléant s'effectue au sein des représentants syndicaux par voie d'élections.

Chaque membre titulaire et destinataire de la convocation participe à l'instance. Le CHSCT est réuni au moins une fois par trimestre sans condition de quorum. Un CHSCT extraordinaire est réuni à la suite de tout accident ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée de deux membres représentants du personnel.

L'ordre du jour est arrêté conjointement par le Président et le secrétaire du CHSCT. Tout document ou pièce nécessaire à la préparation est envoyé aux membres quinze jours au plus

tard avant une réunion. Les membres ont une obligation de discrétion. Le Procès-verbal est visé par le Président et le secrétaire. Il est soumis à l'approbation à la réunion suivante du comité puis signé.

Les résolutions concernant les modalités de fonctionnement du CHSCT ou émises dans le cadre de ses missions sont prises à la majorité.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à un expert agréé (article L4614-12 du code du travail) :

1° Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement ;

2° En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail.

Les conditions dans lesquelles l'expert est agréé par l'autorité administrative et rend son expertise sont déterminées par voie réglementaire. L'expert est également tenu aux obligations de discrétion.

Article 8 – Commission Administrative Paritaire Locale

Textes de référence

Titre IV du statut général de la Fonction Publique (article 20)

Article 56 du décret 2003-655 du 18 juillet 2003

Règlement intérieur des CAPL en date du 25 mars 2008

Décret 2011-582 du 26 mai 2011

Décret 2014-819 du 18 juillet 2014

Constituées conformément aux dispositions statutaires fixées par le Titre IV du statut général de la Fonction Publique (article 20), ces commissions regroupent respectivement les corps de catégorie A, les corps de catégorie B et les corps de catégorie C. Les corps de fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de dix commissions administratives paritaires distinctes :

1° Quatre commissions pour les corps de catégorie A ;

2° Trois commissions pour les corps de catégorie B ;

3° Trois commissions pour les corps de catégorie C.

Chacune de ces commissions est constituée d'un groupe unique, ce dernier étant lui-même constitué de sous-groupes rassemblant les corps, grades et emplois hiérarchiquement équivalents

Composition :

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

CORPS DE CATÉGORIE A

CAP n° 1 : personnels d'encadrement technique

Groupe unique

Sous-groupe unique : ingénieurs généraux, ingénieurs hospitaliers en chef de classe exceptionnelle, ingénieurs hospitaliers en chef de classe normale, ingénieurs hospitaliers principaux, ingénieurs hospitaliers.

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

Groupe unique

Sous-groupe 1 : infirmiers de bloc opératoire cadres supérieurs de santé, infirmiers anesthésistes cadres supérieurs de santé, puéricultrices cadres supérieurs de santé, infirmiers cadres supérieurs de santé, techniciens de laboratoires cadres supérieurs de santé, manipulateurs d'électroradiologie cadres supérieurs de santé, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres supérieurs de santé, masseurs-kinésithérapeutes cadres supérieurs de santé, ergothérapeutes cadres supérieurs de santé, psychomotriciens cadres supérieurs de santé, diététiciens cadres supérieurs de santé, pédicures-podologues cadres supérieurs de santé, orthophonistes cadres supérieurs de santé, orthoptistes cadres supérieurs de santé, infirmiers de bloc opératoire cadres supérieurs de santé paramédicaux, infirmiers anesthésistes cadres supérieurs de santé paramédicaux, puéricultrices cadres supérieurs de santé paramédicaux, infirmiers cadres supérieurs de santé paramédicaux, techniciens de laboratoires cadres supérieurs de santé paramédicaux, manipulateurs d'électroradiologie cadres supérieurs de santé paramédicaux, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres supérieurs de santé paramédicaux, masseurs-kinésithérapeutes cadres supérieurs de santé paramédicaux, ergothérapeutes cadres supérieurs de santé paramédicaux, psychomotriciens cadres supérieurs de santé paramédicaux, diététiciens cadres supérieurs de santé paramédicaux, pédicures-podologues cadres supérieurs de santé paramédicaux, orthophonistes cadres supérieurs de santé paramédicaux, orthoptistes cadres supérieurs de santé paramédicaux, cadres supérieurs socio-éducatifs, infirmiers de bloc opératoire cadres de santé, infirmiers anesthésistes cadres de santé, puéricultrices cadres de santé, infirmiers cadres de santé, techniciens de laboratoires cadres de santé, manipulateurs d'électroradiologie cadres de santé, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé, ergothérapeutes cadres de santé, psychomotriciens cadres de santé, diététiciens cadres de santé, pédicures-podologues cadres de santé, orthophonistes cadres de santé, orthoptistes cadres de santé, infirmiers de bloc opératoire cadres de santé paramédicaux, infirmiers anesthésistes cadres de santé paramédicaux, puéricultrices cadres de santé paramédicaux, infirmiers cadres de santé paramédicaux, techniciens de laboratoires cadres de santé paramédicaux, manipulateurs d'électroradiologie cadres de santé paramédicaux, préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé paramédicaux, masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé paramédicaux, ergothérapeutes cadres de santé paramédicaux, psychomotriciens cadres de santé paramédicaux, diététiciens cadres de santé paramédicaux, pédicures-podologues cadres de santé paramédicaux, orthophonistes cadres de santé paramédicaux, orthoptistes cadres de santé paramédicaux, cadres socio-éducatifs, psychologues hors classe, psychologues de classe normale.

Sous-groupe 2 : infirmiers anesthésistes de classe supérieure, infirmiers de bloc opératoire de classe supérieure, puéricultrices de classe supérieure, infirmiers anesthésistes de classe normale, infirmiers de bloc opératoire de classe normale, puéricultrices de classe normale, infirmiers en soins généraux et spécialisés de quatrième grade, infirmiers en soins généraux et spécialisés de troisième grade, infirmiers en soins généraux et spécialisés de deuxième grade, infirmiers en soins généraux et spécialisés de premier grade, ergothérapeutes de classe

supérieure, ergothérapeutes de classe normale régis par le décret n° 2015-1048 du 21 août 2015.

CAP n° 3 : personnels d'encadrement administratif

Groupe unique

Sous-groupe unique : attachés principaux d'administration hospitalière, attachés d'administration hospitalière.

CAP n° 10 : personnels sages-femmes

Groupe unique

Sous-groupe unique : sages-femmes des hôpitaux du deuxième grade, sages-femmes des hôpitaux du premier grade.

CORPS DE CATÉGORIE B

CAP n° 4 : personnel d'encadrement technique.

Groupe unique :

Sous-groupe unique : techniciens hospitaliers, techniciens supérieurs hospitaliers de 2e classe, techniciens supérieurs hospitaliers de 1re classe.

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

Groupe unique

Sous-groupe unique : infirmiers de classe supérieure, techniciens de laboratoires médicaux de classe supérieure, manipulateurs d'électroradiologie médicale de classe supérieure, préparateurs en pharmacie hospitalière de classe supérieure, masseurs-kinésithérapeutes de classe supérieure, ergothérapeutes de classe supérieure, psychomotriciens de classe supérieure, diététiciens de classe supérieure, pédicures-podologues de classe supérieure, orthophonistes de classe supérieure, orthoptistes de classe supérieure, assistants socio-éducatifs principaux, conseillers en économie sociale et familiale de classe supérieure, éducateurs de jeunes enfants de classe supérieure, éducateurs techniques spécialisés de classe normale, moniteurs-éducateurs principaux, animateurs principaux de 1re classe, animateurs principaux de 2e classe, infirmiers de classe normale, techniciens de laboratoires médicaux de classe normale, manipulateurs d'électroradiologie de classe normale, préparateurs en pharmacie hospitalière de classe normale, masseurs-kinésithérapeutes de classe normale, ergothérapeutes de classe normale, psychomotriciens de classe normale, diététiciens de classe normale, pédicures-podologues de classe normale, orthophonistes de classe normale, orthoptistes de classe normale, assistants socio-éducatifs, conseillers en économie sociale et familiale de classe normale, éducateurs de jeunes enfants de classe normale, éducateurs techniques spécialisés de classe normale, animateurs, moniteurs-éducateurs, techniciens de laboratoire de classe fonctionnelle (cadre d'extinction).

CAP n° 6 : personnels d'encadrement administratif et des assistants médico-administratifs (1)

Groupe unique

Sous-groupe unique : adjoints des cadres hospitaliers de classe exceptionnelle, assistants médico-administratifs de classe exceptionnelle, adjoints des cadres hospitaliers de classe supérieure, assistants médico-administratifs de classe supérieure, adjoints des cadres hospitaliers de classe normale, assistants médico-administratifs de classe normale.

CORPS DE CATÉGORIE C

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

Groupe unique

Sous-groupe 1 : agents de maîtrise principaux, conducteurs ambulanciers hors catégorie, maîtres ouvriers principaux, dessinateurs principaux, dessinateurs chefs de groupe, agents de maîtrise, conducteurs ambulanciers de 1re catégorie, maîtres ouvriers.

Sous-groupe 2 : agents de service mortuaire et de désinfection de 1re catégorie (cadre d'extinction), dessinateurs, conducteurs ambulanciers de 2e catégorie, ouvriers professionnels qualifiés, ouvriers professionnels spécialisés, conducteurs d'automobile de 1re catégorie, agents de service mortuaire et de désinfection de 2e catégorie (cadre d'extinction), agents d'entretien qualifiés, agents des services logistiques de Mayotte.

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

Groupe unique

Sous-groupe unique : aides-soignants de classe exceptionnelle, aides-soignants de classe supérieure, moniteurs d'atelier (cadre d'extinction), aides techniques d'électroradiologie (cadre d'extinction), aides préparateurs (cadre d'extinction), aides de laboratoire de classe supérieure (cadre d'extinction), aides de pharmacie de classe supérieure, aides d'électroradiologie de classe supérieure (cadre d'extinction), aides-soignants de classe normale, aides de laboratoire de classe normale (cadre d'extinction), aides de pharmacie de classe normale, aides techniques de laboratoire (cadre d'extinction), aides d'électroradiologie de classe normale (cadre d'extinction), agents des services hospitaliers qualifiés, aides-soignants (cadre d'extinction), adjoints d'internat (cadre d'extinction), agents des services hospitaliers (cadre d'extinction), agents des services hospitaliers de Mayotte.

CAP n° 9 : personnels administratifs

Groupe unique

Sous-groupe unique : adjoints administratifs principaux de 1re classe, permanenciers auxiliaires de régulation médicale chefs, adjoints administratifs principaux de 2e classe, permanenciers auxiliaires de régulation médicale principaux, adjoints administratifs de 1re classe,

permanenciers auxiliaires de régulation médicale, adjoints administratifs de 2e classe, agents administratifs de Mayotte.

À l'intérieur de chaque Commission Administrative Paritaire, il existe donc des sous-groupes qui ont un rapport de hiérarchie entre eux mais il n'existe pas de hiérarchie entre les grades à l'intérieur d'un même sous-groupe.

Pour chaque commission administrative paritaire, le nombre des représentants du personnel est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent :

- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 4 à 20 agents : un titulaire, un suppléant.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 21 à 200 agents : deux titulaires, deux suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 201 à 500 agents: trois titulaires, trois suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 501 à 1 000 agents : quatre titulaires, quatre suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 1 001 à 2 000 agents : cinq titulaires, cinq suppléants.
- Pour une commission administrative paritaire compétente pour un effectif de 2 000 agents et plus : six titulaires, six suppléants.

Les représentants de l'administration au sein des CAPL sont désignés par le Conseil de surveillance. Si le nombre des agents relevant d'une commission administrative paritaire est inférieur à quatre agents, il n'est pas élu de représentant pour cette commission. L'effectif des personnels pris en considération pour déterminer le nombre de représentants est apprécié le dernier jour du mois précédant de six mois la date du scrutin.

Lorsqu'une commission administrative paritaire locale n'a pu être constituée, notamment lorsque l'effectif des agents qui en relèvent est inférieur à l'effectif minimum, la compétence est transférée à la commission administrative paritaire départementale correspondante.

Elles comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration, d'autre part des représentants élus par le personnel. Les membres des commissions sont élus pour une durée de quatre ans, renouvelable au scrutin de liste avec répartition des restes à la plus forte moyenne. La présidence est assurée par le Président du Conseil de surveillance ou son représentant. La rédaction du procès-verbal des CAPL est assurée par un agent de l'établissement désigné par le Directeur.

Les membres des Commissions Administratives Paritaires Locales sont désignés pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé. Les membres des commissions sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

Compétences :

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes sur toutes les questions individuelles concernant les fonctionnaires titulaires et stagiaires.

Les commissions administratives paritaires et départementales peuvent se réunir en formation plénière ou en formation restreinte. Les domaines de compétences des commissions administratives paritaires et départementales sont :

Les CAP siègent en formation restreinte sur :

- les inscriptions sur liste d'aptitude après examen professionnel ou par appréciation de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents
- les projets de titularisation ou les refus de titularisation à l'issue du stage
- les demandes de détachement
- les notes et les appréciations générales des agents
- l'avancement d'échelon, l'avancement de grade et le tableau annuel d'avancement
- la discipline et les recours auprès du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière
- le licenciement d'un agent pour insuffisance professionnelle
- les refus d'un congé pour formation syndicale

Les CAP siègent en formation plénière sur :

- les demandes de mise à disposition, de position hors cadres, de disponibilité et de démission
- l'exercice à titre professionnel d'une activité privée ou libérale lucrative par un agent
- la saisine de la commission de déontologie chargée d'apprécier la compatibilité de toute activité lucrative, salariée ou non, dans une entreprise ou un organisme privé ou toute activité libérale
- la composition des jurys dont les membres sont désignés par l'autorité organisatrice des examens professionnels avec une représentation équilibrée entre les femmes et les hommes
- les reclassements pour raison de santé et les projets de licenciement des agents pour refus de 3 propositions de poste

Lorsque les CAP siègent en formation restreinte, les membres titulaires ou suppléants qui ont un grade inférieur à celui de l'agent intéressé ne peuvent pas siéger.

Fonctionnement :

Dans le respect des dispositions de l'article 51 du décret n°655 du 18 juillet 2003, l'ordre du jour de chaque réunion de la commission est arrêté par le Président au vu des propositions du Directeur de l'établissement.

A l'ordre du jour arrêté par le Président sont adjointes toutes questions d'ordre individuel concernant le personnel dont l'examen est demandé par écrit au Président de la commission par le tiers des représentants titulaires du personnel. Ces questions sont alors transmises par son Président à tous les membres de la commission, au moins 48 heures avant la date de la réunion. Cependant, un dossier peut être inscrit à l'ordre du jour de la commission le jour même, si l'ensemble des membres de la commission en est unanimement d'accord.

Le quorum est atteint lorsque les trois-quarts des membres ayant voix délibératives sont présents à l'ouverture de la séance. Il est apprécié en début de séance sur la totalité des présents même en l'absence de parité ; si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans les huit jours et la commission siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents ayant voix délibérative, sous réserve cependant que la représentation du personnel soit au moins égale à deux membres. Après avoir vérifié que le quorum est réuni, le Président de la commission ouvre la réunion en rappelant les questions inscrites à l'ordre du jour. En cas d'absence d'un titulaire et d'un suppléant représentant le personnel, la représentation de l'administration est réduite à proportion. La commission émet ses avis à la

majorité des suffrages exprimés. Lorsque le Directeur prend une décision différente de l'avis émis par la commission, il informe celle-ci dans le délai d'un mois des motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre cet avis ou cette proposition.

Les séances des Commissions Administratives Paritaires Locales ne sont pas publiques. La Direction des Ressources Humaines établit le procès-verbal de la réunion. Ce document comporte la répartition des votes, sans indication nominative.

Dispositions particulières à la procédure disciplinaire : Décret n°89-822 du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière

Le fonctionnaire déféré devant la commission siégeant en formation disciplinaire est convoqué par le Président de la commission 15 jours au moins avant la date de la réunion, par lettre recommandée avec accusé de réception. Il peut, devant le conseil de discipline, présenter des observations écrites ou orales, citer des témoins et se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix.

Lorsque le conseil de discipline examine l'affaire au fond, le Président de la commission informe celle-ci des conditions dans lesquelles le fonctionnaire déféré devant elle et, le cas échéant, son (ou ses) défenseur(s), ont exercé leur droit à recevoir la communication intégrale du dossier individuel et du rapport de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Ce rapport et les observations écrites éventuellement représentées par le fonctionnaire sont lus en séance.

Le conseil de discipline délibère en dehors de la présence de toute personne qui n'est pas membre du conseil, son secrétaire de séance excepté¹. S'il ne se juge pas suffisamment éclairé sur les circonstances de l'affaire, le conseil de discipline peut, à la majorité des membres présents, ordonner une enquête.

Le conseil de discipline compte tenu des observations écrites et des déclarations orales produites devant lui, ainsi que des résultats de l'enquête à laquelle il a pu être procédé, émet un avis motivé sur les suites qui lui paraissent devoir être réservées à la procédure disciplinaire engagée. L'autorité compétente statue après avis du conseil de discipline. Le dossier du fonctionnaire est reconstitué dans sa nouvelle composition sous le contrôle du Président du conseil de discipline.

Article 9 – Commission de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Texte de référence

Articles R1112-79 à R1112-91 du Code de la Santé Publique (CSP)

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

¹ Article 7 du Décret n°89-822 du 7 novembre 1989 relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière

Composition :

La CRUQPEC du GHPSO comprend une formation restreinte et une formation élargie.

Les membres titulaires de la commission restreinte sont :

- Le Directeur ou la personne qu'il désigne à cet effet, Président de la commission,
- Un médiateur médecin,
- Et /ou un médiateur non médecin,
- Quatre représentants des usagers.

Les membres titulaires de la commission élargie sont :

- Le Directeur ou la personne qu'il désigne à cet effet, Président de la commission,
- Un médiateur médecin titulaire
- Un médiateur médecin suppléant,
- Un médiateur non médecin titulaire,
- Un médiateur non médecin suppléant,
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est présidée de droit par le Directeur ou le représentant qu'il désigne à cet effet.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le Directeur, après avis de la CME, parmi les médecins exerçant dans l'établissement, ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de 5 ans. En cas de vacance de siège de médiateur médical pendant une période supérieure à 6 mois, le Directeur de l'ARS en désigne un sur proposition du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies ci-dessus.

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

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le Directeur de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées. Toutefois, lorsque les représentants des usagers siégeant au sein du Conseil de Surveillance acceptent de siéger à la commission, le directeur de l'ARS est dispensé de solliciter de telles propositions pour les membres titulaires.

La durée du mandat des médiateurs et des représentants des usagers est fixée à 3 ans renouvelables. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

Missions :

La commission a une double attribution :

- Le respect des droits des usagers

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle met en œuvre les moyens nécessaires à l'expression des griefs des usagers.

L'ensemble des réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont

tenues à la disposition des membres de la commission, selon les modalités suivantes : des statistiques portant sur le nombre de réclamations, le nombre de demandes d'accès à des données médicales, le nombre de contentieux et de recours gracieux et l'analyse des questionnaires de sortie est portée à la connaissance des membres de la commission à chaque réunion de celle-ci en composition élargie.

En outre, la commission restreinte examine les 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. Dans ce cadre, les membres de la commission restreinte peuvent avoir accès à certaines informations.

- La fonction qualité

La commission participe à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches. Elle rend des avis et formule des recommandations dans le domaine de l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches.

A cet effet, la commission doit recevoir l'ensemble des informations nécessaires à l'exercice de ses missions notamment :

- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement.
- Une synthèse des réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents : cette synthèse est réalisée par la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Patientèle.
- Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes : éléments communiqués par la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Patientèle.
- Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie : éléments transmis par la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Patientèle.
- Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers : informations transmises par la Direction de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Patientèle.

La commission peut recueillir toute autre information nécessaire à la mise en œuvre de sa mission.

Au vu de ces informations, la commission :

1. Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des réclamations ou des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées,
2. Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la prise en charge des patients et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans son rapport annuel.

Fonctionnement :

La commission se réunit sur convocation du Président. Les convocations sont adressées aux membres par courrier postal ou électronique au moins 8 jours avant la date de la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc. Le Président ne peut refuser de convoquer la commission si une demande écrite a été formulée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

La commission élargie se réunit au moins une fois par trimestre. La commission restreinte se réunit aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des réclamations ayant donné lieu à une médiation. Le secrétariat de la commission est assuré par la Direction de la Patientèle. L'ordre du jour est arrêté par le Président.

La commission ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant une voix délibérative assiste à la séance. Toutefois, quand après une convocation régulièrement faite, la majorité requise n'est pas atteinte, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours. La commission siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

La commission restreinte et la commission élargie peuvent entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

La commission émet des avis ou des recommandations 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 par au moins un membre ayant voix délibérative. Seuls les membres ayant voix délibérative peuvent participer au vote, c'est-à-dire le médiateur médecin, le médiateur non médecin, les représentants des usagers. Le Président ne prend pas part au vote. Le responsable qualité a une voix consultative.

Tous les membres de la commission ainsi que toutes les personnes participant régulièrement ou occasionnellement à la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Article 10- Commission d'activité libérale

Texte de référence

Article R6154-11 du Code de la Santé Publique (CSP)

La commission de l'activité libérale du GHPSO est dotée de compétences consultatives selon des modalités définies par la réglementation.

Compétences :

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 santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, 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 peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. 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 conformément à la réglementation. .

Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'agence régionale de santé 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 consultation 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.

Composition et fonctionnement :

La commission comprend :

1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;

3° Un représentant de l'Agence Régionale de Santé;

4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie

5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;

6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement.

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

Le mandat des membres de la commission de l'activité libérale d'établissement est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir. La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 du code de la santé publique ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret. Le secrétariat de la commission est assuré à la diligence de la direction de l'établissement.

Textes de référence

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; révisé par l'arrêté du 8 novembre 2013

Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en oeuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013

INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2014/128 du 22 avril 2014 clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux internes.

Composition :

La Commission Médicale d'Établissement met en place une commission relative à l'organisation de la permanence des soins.

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins comprend :

- Le Directeur ou son représentant, assisté du collaborateur de son choix ;
- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement ou son représentant ;
- Des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du Président de la commission, sont arrêtés par la C.M.E.
- Deux représentants des internes titulaires et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne sont désignés par la commission médicale d'établissement pour être membres de la COPS.

Compétences :

La COPS :

- Donne un avis annuel sur les activités en temps médical continu
- Évalue la mise en oeuvre des dispositions relatives à la réalisation de temps additionnel et transmet annuellement à la CME le résultat de cette évaluation
- En lien avec le Directeur, prépare annuellement l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des responsables de structure
- 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 un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la Permanence des Soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens

- Donne son avis sur les conventions de coopération relatives à la Permanence des soins
- Etablit 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 CME
- Donne son avis sur les demandes de dispense de participation à la Permanence des soins pour les praticiens âgés de plus de 60 ans
- Peut proposer au Directeur une indemnisation forfaitaire des astreintes et contribue à l'évaluation de ce dispositif en lien avec le Directeur

Article 12 – Autres instances spécialisées, comités de pilotage ou groupes de travail internes

Le GHPSO a mis en place des commissions ou comités de pilotage spécialisés qui participent par leurs avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Voici une liste non exhaustive de ces comités :

- la Commission du risque infectieux dont le but est d'organiser la surveillance et la prévention des infections nosocomiales dans l'établissement.
- le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) ayant une mission de conseil en matière de qualité et sécurité de l'alimentation et de la nutrition des patients et personnels
- le Comité de pilotage qualité et de sécurité des soins
- le Bureau d'analyse de la gestion des risques chargé d'analyser les Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS)
- le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- la Commission du médicament et dispositifs médicaux stériles
- le Comité d'éthique
- le Groupe développement durable
- la Cellule d'Identitovigilance
- le Comité de sécurité transfusionnel et d'hémovigilance dont la mission est de d'assurer de la sécurité des actes transfusionnels
- le Comité de pilotage de bloc opératoire

SECTION 2 – ORGANISATION DES SOINS AU SEIN DU GHPSO.

1. Organisation médico-administrative générale

Article 13– Organisation en pôles

Texte de référence

Article L6146-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

Le directeur définit l'organisation en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

L'objectif du pôle est d'améliorer la qualité du service rendu au malade grâce à la maîtrise des ressources et à une meilleure adaptation de l'organisation par :

- une responsabilisation et une implication accrues des acteurs médicaux, soignants et administratifs,
- une simplification des processus de fonctionnement,
- une autonomie du pôle respectant le principe de solidarité institutionnelle,
- une mutualisation des moyens au sein du pôle,
- une meilleure adéquation entre les moyens alloués et les résultats assignés,
- un engagement à fournir au Directeur les indicateurs nécessaires à l'évaluation des objectifs du pôle.

Le pôle effectue la collecte des informations concernant son activité et les moyens affectés. A cette fin, les systèmes d'information ou services ressources transmettent les informations pertinentes dans les délais convenus.

Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le directeur nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la commission médicale d'établissement.

Le Directeur nomme les Chefs de Pôle clinique ou médico-technique sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement. Les modalités de nomination des Chefs de Pôle ont été modifiées par l'article 195 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les décrets d'application sont en attente de publication.

Les Chefs de Pôle sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le Directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de Chef de Pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité, et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Le Chef de Pôle élabore un projet de pôle, à partir du projet de soins et du projet médical inclus dans le projet d'établissement, dans un délai de trois mois après sa nomination ou dans les trois mois suivant la signature du contrat de pôle.

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de Chef de Pôle par décision du Directeur après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Cadre de pôle :

Les responsables des pôles cliniques et médico-technique sont assistés, 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.

Le cadre de pôle est nommé par le Directeur. Il peut se voir confier, outre son travail et ses attributions au sein du pôle, des missions transversales sur l'Établissement et qu'il exerce alors sous la responsabilité et l'autorité du Directeur.

Il participe, avec le Responsable du pôle et sous ses directives, à la gestion fonctionnelle des personnels hospitaliers. Il gère et coordonne, avec la collaboration des cadres de santé du pôle, les moyens de fonctionnement du pôle : équipements, matériels, fournitures diverses, maintenances. Il veille à l'application des décisions du coordonnateur et du conseil de pôle et à leurs conséquences sur l'accueil des tiers et les traitements qui les concernent.

Le cadre de santé assure, par délégation du Directeur, l'autorité hiérarchique sur les personnels hospitaliers du pôle à l'exception des psychologues et, le cas échéant, des sages-femmes, qui relèvent de l'autorité hiérarchique du Directeur. Cette autorité hiérarchique concerne la gestion ordinaire des personnels : gestion du temps de travail, affectation, évaluation, ainsi que les aspects délégués par le Directeur dans le contrat de pôle.

Nomination des responsables de services et unités fonctionnelles ou structures internes :

Les responsables de services, de structures internes ou d'unités fonctionnelles en exercice à la date de publication du décret du 11 mars 2016, sont maintenus en fonctions jusqu'à ce qu'une durée de quatre ans ait couru depuis leur nomination. Si ce maintien en fonction conduit leur mandat à expirer moins d'un an après l'entrée en vigueur de ce décret, ils sont maintenus en fonctions jusqu'à l'expiration de ce délai d'un an après l'entrée en vigueur du présent décret. Ils seront ensuite nommés dans les conditions prévues par l'article R6146-4 du CSP dans sa rédaction modifiés.

Les praticiens candidats à cette fonction devront rédiger un projet (projet de service, projet d'unité fonctionnelle, ..) dans les 6 mois suivant leur nomination, à partir du projet médical et du projet de soins.

La proposition par le Président de la CME du praticien à la fonction de responsable de structure interne ne pourra être faite, sauf urgence, qu'après la rédaction du projet de structure

Dans les cas de renouvellement ou de vacance prévue un appel à candidatures sera fait par le Président de la CME.

En cas d'urgence un responsable de structure interne pourra être nommé à titre provisoire par le Directeur ou son remplaçant sur proposition du Président de CME ou de son remplaçant après avis du Chef de Pôle ou de son remplaçant. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du Directeur, après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement et du Chef de Pôle.

Contrats et projets de pôle :

Le Directeur signe avec le Chef de Pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le Président de la Commission Médicale d'Établissement contresigne le contrat. Il atteste par sa signature, de la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement. Le Directeur des soins sera également consulté afin de vérifier la cohérence des contrats de pôle avec le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Les contrats de pôle sont présentés à la Commission Médicale

d'Etablissement et à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, pour information.

Sur la base de l'organisation déterminée par le Directeur, le contrat de pôle, mentionné à l'article L. 6146-1, définit les objectifs assignés au pôle, notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

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

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

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle
- gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
- proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle
- affectation des personnels au sein du pôle
- organisation de la permanence des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique
- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques et maïeutiques et odontologiques.

Il précise les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion et est conclu pour une période de quatre ans.

Article 14 – Déontologie des différentes catégories professionnelles

Textes de référence

Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

Articles R4127-301 à R4127-367 du Code de la santé publique

Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes

Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

Les différentes catégories de personnel doivent soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation, leur âge et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Les professionnels du GHPSO se réfèrent, lorsqu'ils existent, aux codes de déontologie de la catégorie professionnelle dont ils relèvent :

- le décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- les articles R4127-301 à R4127-367 du Code de la santé publique portant code de déontologie des sages-femmes
- le décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

Le praticien ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Le praticien a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Article 15 – Organisation de la permanence médicale des soins

Texte de référence

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013

L'organisation des activités médicales comprend un service quotidien de jour, de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 13h30 le samedi, et un service destiné à garantir la permanence des soins, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile.

L'organisation la permanence des soins est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la COPS et de la CME.

Elle s'inscrit dans l'organisation du temps de travail médical, régie par le Guide du temps de travail médical du GHPSO.

Article 16 – Permanence de direction

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente d'une autorité responsable, un service de gardes administrative et technique est organisé par le Directeur avec les Directeurs Adjointes et certains collaborateurs désignés en raison de leurs fonctions.

La permanence de direction résulte de la continuité du service hospitalier. Elle a pour mission d'assurer le fonctionnement continu de l'ensemble de l'établissement à l'exception de certains services administratifs et généraux.

Le directeur d'astreinte bénéficie de la délégation des attributions du directeur général dans la limite des prérogatives de l'astreinte de direction.

La permanence de direction se distingue des autres gardes spécialisées telles que les gardes médicales, paramédicales, techniques, médico-techniques. Elle s'appuie sur ces gardes spécialisées.

2. Dispositions spécifiques

Article 17 – Dispositions particulières EHPAD et USLD

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Senlis dispose de son propre règlement intérieur, commun avec l'Unité de Soins Longue Durée (USLD).

En effet, EHPAD et USLD sont des lieux de vie et à ce titre présentent certaines spécificités. Chaque résident est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble dans le respect des règles de vie en communauté

Le respect de la dignité et de la personnalité assure à chaque résident :

- le droit à l'information
- la liberté d'opinion et d'échange d'idées
- la liberté d'aller et venir
- le droit aux visites
- le respect de sa vie privée

Les résidents peuvent recevoir des visites soit dans les locaux communs, soit dans leur chambre, aux heures qui leur conviennent, à condition de ne gêner ni le service, ni les autres pensionnaires. Il est recommandé d'éviter les visites avant 11h00 le matin. Les pensionnaires peuvent sortir librement tous les jours. En cas d'absence, ils doivent prévenir le personnel et demander leur traitement médical.

En outre, chaque résident signe avec l'EHPAD ou avec l'USLD un contrat de séjour. Le contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation du contrat de séjour pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Par ailleurs des comportements inacceptables, dangereux et/ou agressifs de la part des patients ou de leurs proches peuvent amener à des sanctions comme la restriction du droit de visite.

Article 18 – Soins palliatifs

Une unité fixe de soins palliatifs (12 lits) est située sur le site de Senlis. Les personnes atteintes de maladies graves évolutives sont assurées de recevoir des soins de confort, dans un environnement calme. Au sein de l'unité, une large place est faite aux familles et aux proches. Des pièces sont mises à leur disposition, les horaires de visite sont libres et la présence des enfants est permise.

Au sein du GHPSO intervient également une Unité Mobile Soins Palliatifs (UMSP). Il s'agit d'une équipe qui est présente sur chaque site.

L'Unité Mobile Soins Palliatifs intervient dans les services d'hospitalisation auprès des personnes nécessitant des soins palliatifs et un accompagnement face à l'aggravation de la maladie. Elle a un rôle de soutien et de conseil auprès des équipes soignantes et assurent les soins à ces personnes. Elle représente également une aide dans l'accompagnement de l'entourage de la personne malade.

SECTION 3 – LE TRAITEMENT AUTOMATISE DES INFORMATIONS NOMINATIVES

Article 19 – Droits relatifs à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Texte de référence

Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978

Les services des deux sites du GHPSO sont informatisés afin de gérer les renseignements administratifs et médicaux des patients et réaliser des travaux statistiques, ou servir la recherche médicale. Ceci dans le strict respect du secret médical.

Ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale.

Le patient peut accéder à ces données et les faire modifier.

Il peut également s'opposer au recueil et au traitement des données nominatives le concernant, dans les conditions fixées par la loi.

Article 20 – Département d'Information Médicale (DIM)

Le Département d'Information Médicale est 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 des systèmes d'information. Le praticien responsable d'une structure médicale ou celui qui a dispensé les soins, est garant pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement.

Le médecin responsable de ce département met en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation.

Article 21 – Règles concernant l'utilisation de l'informatique

La charte informatique du GHPSO est remise au personnel.

Internet

Le GHPSO met à la disposition de ses agents un accès à Internet qui a pour vocation première d'avoir un lien de connexité avec le service public hospitalier.

Les autorisations de raccordement à Internet sont délivrées par l'Administration.

Le raccordement est réalisé par les équipes techniques de la Direction du Système d'Information.

Il est rappelé que :

- L'accès à Internet ne doit pas être utilisé à des fins lucratives ou ludiques,
- La consultation de sites à des fins personnelles, sans rapport avec le service public hospitalier est strictement interdite,
- La consultation de sites ou la participation à des forums de discussion dont le contenu est illégal ou comporte un caractère discriminatoire est strictement interdit,
- La consultation de sites de jeux d'argent ou la participation à des programmes de consultation rémunérée sur le WEB est également interdite,

- Le téléchargement de programmes ou de macro-instructions exécutables ou pouvant entraîner une modification de la configuration des postes de travail, sans accord préalable et écrit de la Direction du Système d'Information, est strictement interdit.

Le non-respect des dispositions de la présente charte est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Intranet

L'Intranet des deux sites hospitalier met à la disposition de ses agents plusieurs outils :

- Un annuaire interne,
- Une documentation organisée par pôle et projets transversaux,
- Un accès direct aux autres applications intranet : résultats de laboratoire, centre de documentation, Vidal, Self, Publiactivité...
- Des bons de demandes de services (matelas, anti-escarre, ambulances, prestations d'imagerie et d'autres à venir),
- Des « news ».

Messagerie électronique

Le système de courrier électronique est dédié à une utilisation exclusivement professionnelle.

En toutes circonstances, sont strictement interdits :

- ✓ La diffusion d'informations confidentielles à des tiers non autorisés, notamment la transmission de données médicales nominatives de façon non protégée.
- ✓ Le transfert (« forwarding ») de messages électroniques en l'absence de but professionnel légitime, dans des circonstances de nature à porter préjudice à l'auteur du message originel.
- ✓ La participation à des chaînes de lettres ou la souscription à des listes de diffusion sans rapport avec l'exercice professionnel.

Chaque utilisateur est responsable de la gestion de sa boîte aux lettres (archivage, destruction des messages, etc.). Un message est adressé aux utilisateurs lorsque la capacité de leur boîte aux lettres arrive à saturation.

Tout agent quittant l'établissement de façon définitive doit veiller à effacer les messages contenus dans sa boîte de messagerie, dans le cas contraire, l'établissement procédera à la destruction des messages après en avoir informé l'ex-utilisateur.

Des droits d'accès à internet sont confiés à chaque agent qui en fait la demande par la Cellule système du service informatique du GHP SO. L'attribution de ces droits d'accès est effectuée conformément à la réglementation en vigueur.

La sécurisation des accès Internet est assurée d'une manière optimale grâce à un thésaurus, incluant des catégories de filtrage reprenant l'intégralité du périmètre illégal du pays et une catégorie spécifique liée à la protection des mineurs. Des données complémentaires de sécurité, via des sources internationales, viennent également s'ajouter à ce thésaurus.

CHAPITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PATIENTS ET A LEUR FAMILLE

Le malade admis à l'hôpital pénètre dans un lieu de soins collectifs, régi par des règles de fonctionnement nombreuses. Celles-ci s'imposent dans la vie quotidienne et les différentes étapes du séjour. Elles énoncent les droits et devoirs principaux du malade, désormais définis de façon homogène par les lois et règlements (notamment par la loi du 04 mars 2002 et les articles R1110-1 à R1113-8 du CSP) et visent à permettre un bon fonctionnement des services.

SECTION 1 - DROITS DES PATIENTS

Article 22 – Respect de la dignité des patients

Texte de référence

Articles R. 4127-2 et R. 4312-1 Code de la santé publique

Le respect de la dignité et de l'intimité du malade doit être préservé par tous d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Tout personnel hospitalier exerce dans le respect de la vie humaine. C'est le fondement de l'action hospitalière. L'article R. 4127-2 du Code de la santé publique prévoit que « Le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » Tandis que l'article R4312-2 du code de la santé publique précise que « L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille ».

Article 23 – Information du patient sur son état de santé et ses soins, secret médical

Texte de référence

R1111-2 CSP

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information, qui doit être appropriée, accessible et loyale, porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leurs urgences éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

L'interdiction de révéler ces informations à toute personne extérieure à la prise en charge est le corollaire de l'obligation d'information du patient : elle renvoie aux obligations de secret médical et de secret professionnel, qui s'applique à tout agent du service public hospitalier.

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

Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

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.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé. Cette preuve peut-être apportée par tout moyen.

Article 24 – Information de la famille des patients

Texte de référence

Articles R 1111-1 à R 1112-9 du CSP

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre paramédical du service ou, à défaut, par une infirmière.

Dans chaque service, les médecins reçoivent les familles des hospitalisés soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des malades et de leur famille.

Sauf opposition du patient, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations strictement nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci.

Par ailleurs, les familles sont systématiquement informées, en application des articles 489 et suivants du Code Civil, lorsque l'état de santé du malade justifie le déclenchement de l'instruction d'une mesure de protection des majeurs.

Article 25 – Personne de confiance et directives anticipées

Textes de référence

L1111-6 Code de la santé publique

L1111-11 Code de la santé publique

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au malade majeur (hors les majeurs placés sous tutelle) de désigner par écrit une personne de confiance.

Cette personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, est consultée au cas où le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Si le malade le souhaite, elle l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette décision est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Par ailleurs, pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des « directives anticipées ». Ces directives anticipées, d'une validité de trois ans, informent sur 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 et modifiables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne.

Texte de référence

L1111-4 à L 1111-12 Code de la santé publique

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment.

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire alors appel à un autre membre du corps médical. Cependant, dès lors que la personne réitère sa décision dans un délai raisonnable (délai apprécié compte tenu de la situation), celle-ci s'impose au médecin. Le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le patient n'a pas disposé d'un délai minimum nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté.

Lorsqu'un malade n'accepte pas le traitement, l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le Directeur après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé.

En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précités, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient informé les accompagnants et l'un des proches du patient.

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

Cas particulier d'une personne mineure

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, 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.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Les directives anticipées

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 prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Article 27 – Discretion demandée par le malade concernant sa prise en charge

Textes de référence

L1110-4 Code de la santé publique

R1112-45 Code de la santé publique

Toute personne prise en charge par l'établissement a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Les hospitalisés majeurs peuvent demander qu'aucune information ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence dans l'établissement.

Par ailleurs, les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du malade font l'objet, dans leur majorité, de traitement par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le malade, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. La Commission Nationale Informatique et Liberté est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette Commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les malades peuvent s'adresser à la Direction.

Article 28 – Liberté de culte

Texte de référence

R1112-46 Code de la santé publique

Les hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte dès lors qu'il est compatible avec le présent règlement intérieur.

Il est possible pour les patients du GHPSO d'obtenir des repas sans porc ou sans viande. En revanche, la cuisine de l'établissement ne peut pas fournir de la nourriture casher ou hallal.

Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres soignants.

A noter que, pour des raisons médicales, tout patient doit être en mesure de se découvrir afin de pouvoir attester de son identité (cf article 41).

Article 29 – Accès au dossier médical

Texte de référence

L1111-7 Code de la santé publique

Le dossier patient est communiqué au malade qui le demande ou à la personne qu'il désigne à cet effet. En cas de décès du malade hospitalisé, il peut être communiqué aux ayants-droit pour faire valoir leurs droits, défendre la mémoire du défunt ou connaître la cause de la mort, conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002, sauf si le défunt avait, au préalable, exprimé une volonté contraire.

Les demandes se font par courrier adressé au Directeur.

Le dossier médical peut, en outre, être consulté sur place à la demande du malade, ou par le médecin désigné qu'il a désigné (à l'exclusion d'un médecin inspecteur).

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins responsables communiqueront ou prendront toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité sociale les documents médicaux nécessaires à l'exercice du contrôle.

Toutes garanties doivent être prises pour la sauvegarde du secret professionnel.

Les médecins du GHPSO veilleront à une identification claire et lisible de leurs prescriptions.

Article 30 – Vidéosurveillance et droit à l'image

Textes de référence

Art. 9 Code Civil et Art. 226-1 à 226-7 Code Pénal

Décret n°96-926 du 17 octobre 1996 relatif à la vidéosurveillance

Loi n°2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure : Articles 17 à 25

Afin de garantir au mieux la sécurité des patients et du personnel, le GHPSO a mis en place un système de vidéosurveillance conformément à la réglementation. Ainsi, le public doit être informé de l'existence du système de vidéo protection et de l'autorité, ou de la personne, responsable. L'information doit être faite par affiche ou pancarte, comportant un pictogramme représentant une caméra.

La conservation des images ne peut pas dépasser 1 mois, sauf procédure judiciaire en cours.

La demande d'accès doit être adressée au responsable du système de vidéo protection.

Cet accès est un droit. Toutefois, il peut être refusé pour des motifs tenant à la sûreté de l'État, à la défense, à la sécurité publique, en cas d'instruction judiciaire ou pour protéger le secret de la vie privée de tierces personnes. Les prises d'images de la personne à finalité médicale devront être autorisées, par écrit, par le patient et par le chef de service.

Article 31 – Droits civiques des patients hospitalisés

Texte de référence

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. Le Cadre de santé du service peut renseigner sur les formalités à accomplir.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

Article 32 – Recours en cas de non-respect de ces droits

Texte de référence

L1112-3 Code de la santé publique

Lorsque le patient a été satisfait de sa prise en charge, il est encouragé à écrire à la Direction de l'hôpital ou au chef du service concerné.

De la même façon, le patient, son représentant légal ou ses ayants droit peuvent faire part au Directeur de leurs observations et s'il y a lieu, de leur réclamations ou plaintes. Ils sont mis en mesure d'exprimer leurs griefs de façon écrite ou orale.

Le Directeur ou son représentant accuse réception des demandes et réclamations présentées uniquement par écrit.

Tenu de fournir les explications sollicitées et de répondre aux demandes formulées, il peut soit y procéder directement, le cas échéant en informant l'utilisateur de la faculté de saisir le médiateur compétent de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQPEC), soit saisir lui-même le médiateur avec information de l'utilisateur. Le médiateur saisi rencontre l'utilisateur dans les huit jours, sauf impossibilité, et adresse le compte-rendu de cette rencontre au Président de la Commission en question ; ce dernier transmet sans délai le compte-rendu du médiateur aux membres et au plaignant. La Commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement.

Si le patient ou ses ayants droit estiment dommageable à leur égard la prise en charge par l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le Directeur (préalable nécessaire à toute demande d'indemnisation portée au Tribunal Administratif), soit la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) ou sur un autre fondement, directement, la juridiction concernée.

Le Directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes. La saisine de le CRUQPEC ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la CCI ou à une requête devant les Tribunaux.

Article 33 Identification des écrits du personnel

Les différents intervenants dans l'écriture du dossier du patient sont responsables des écrits qu'ils sont amenés à faire dans le cadre de leur profession. Ces écrits doivent donc être identifiables dans le temps. Pour ce faire, les écrits sont datés et signés.

SECTION 2 – CAS PARTICULIERS

Textes de référence

L1111-5 Code de la santé publique

L1111-2 Code de la santé publique

L1111-4 Code de la santé publique

Circulaire DH/EO 3 n°98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie

R1111-6 Code de la santé publique

Art. 226-14 Code pénal et Art. 40 Code de procédure pénale

• Garde et protection des mineurs

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, l'hôpital a un devoir de surveillance adapté de l'enfant; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble de ses besoins et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

• Consultations pour mineurs

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par ses parents ou son tuteur.

• Admission des malades mineurs

Conformément à la charte des mineurs hospitalisés et à la circulaire 83-24 du 1^{er} août 1983, les mineurs âgés de moins de 16 ans peuvent être admis, par voie d'exception dans les services d'adultes, bien qu'il existe un service d'enfants susceptible de les accueillir, en particulier en cas de suites d'opération chirurgicale ou de recherche de pathologie du sommeil, ou sur autorisation expresse du Directeur ou de son représentant. En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation du ou des détenteurs de l'autorité parentale, du tuteur ou de l'autorité judiciaire exerçant le droit de garde et le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit. Ces règles ne s'appliquent toutefois pas dans deux hypothèses :

- Lorsque, alors qu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour conserver le secret sur son état de santé, confirme cette opposition et est accompagné d'une personne majeure de son choix.
- Lorsqu'une mineure non émancipée désire garder le secret sur sa volonté de procéder à une interruption volontaire de grossesse, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée. Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix.

Lorsque le mineur a été placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier par l'autorité judiciaire au titre de l'assistance éducative ou des textes sur l'enfance délinquante, son admission à l'hôpital est prononcée à la demande du Directeur de cet établissement ou du gardien. Lorsqu'il relève du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, son admission est prononcée à

la demande de ce service (sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mère ou tuteur, joignables en temps utile).

- Information des mineurs²

Le droit à l'information des mineurs est exercé selon les cas par eux-mêmes, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur dans les conditions prévues à la section 1 du Code de la Santé Publique. Ils reçoivent l'information et participent à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

- Consentement des mineurs³

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté ou à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

- Accompagnants

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, la Direction organise, avec les médecins chefs de structures concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avèrent pas incompatibles avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.⁴

- Communication du dossier médical⁵

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle a fait l'objet peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

Lors d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès à ces informations, le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de celles-ci au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts, le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue.

- Signalement⁶

Lorsqu'à l'admission d'un enfant, un personnel de santé découvre ou suspecte qu'il est victime de sévices, il doit mettre en œuvre la procédure de protection des mineurs en le signalant aux autorités judiciaires ou administratives, que les parents consentent ou refusent l'hospitalisation.

² L1111-2 Code de la santé publique

³ L1111-4 Code de la santé publique

⁴ Circulaire DH/EO 3 n°98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie

⁵ R1111-6 Code de la santé publique

⁶ Art. 226-14 Code pénal et Art. 40 Code de procédure pénale

Textes de référence

Art. 459 Code civil

Art 479 Code Civil

- Protection dans le cadre d'une tutelle ou une curatelle⁷

Quel que soit le régime de protection juridique mis en œuvre, la personne protégée doit recevoir de la personne chargée de sa protection, selon les modalités adaptées à son état, toutes les informations sur sa situation personnelle et sur l'utilité, le degré d'urgence et les effets des actes envisagés, ainsi que les conséquences d'un refus de sa part.

Il s'agit notamment de maintenir le droit du majeur protégé de recevoir lui-même une information sur son état de santé par son médecin.

L'obligation de recueillir le consentement de la personne protégée est liée au degré d'altération de ses facultés.

Si son état le permet, le majeur protégé prend seul les décisions relatives à sa personne, sans assistance ni représentation de la personne chargée de sa protection. Le principe est celui de la liberté de décision.

Si son état ne lui permet pas de prendre seul une « décision personnelle éclairée », la personne chargée de sa protection peut, sur autorisation du conseil de famille ou du juge, assister le majeur. Si cette assistance ne suffit pas, le juge ou le conseil de famille peut autoriser le tuteur à représenter le majeur, c'est-à-dire prendre la décision en son nom.

En cas de danger, la personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection nécessaires pour mettre fin au danger que, du fait de son comportement, l'intéressé ferait courir à lui-même.

En ce qui concerne les actes les plus graves, la personne chargée de la protection peut, en cas d'urgence, prendre seule une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée. S'il n'y a pas d'urgence, elle doit obtenir l'autorisation du conseil de famille ou, à défaut, du juge.

Toutefois, les conditions de recueil du consentement du majeur protégé prévues par le Code civil ne font pas obstacle à l'application des dispositions spécifiques prévues par le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et des familles prévoyant l'intervention du représentant légal.

- Protection dans le cadre d'un « mandat de protection future »⁸

Dans le cadre de ce mandat, le mandant (le patient) peut autoriser le mandataire (son « protecteur ») à exercer les missions que le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles confient au représentant d'une personne sous tutelle, afin qu'il intervienne comme son représentant légal à l'occasion de certains actes ou diligences, ainsi que pour l'exercice de certains droits. Le mandataire peut consentir à la place du mandant à certains actes médicaux importants (une recherche biomédicale par exemple) lorsque ce dernier ne sera plus en état de le faire lui-même.

⁷ Art. 459 Code civil

⁸ Art 479 Code Civil

Le mandataire peut aussi, dans les mêmes conditions, exercer les missions confiées par ces mêmes codes à la personne de confiance. Dans ces cas, le mandataire peut consentir à la place du mandant à tout acte médical lorsqu'il ne sera plus en mesure de le faire lui-même.

Article 36 – Femmes enceintes

Textes de référence

R1112-27 Code de la santé publique

R1112-28 Code de la santé publique

L2223-2 Code de la santé publique

• Admission en maternité⁹

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

• Secret de la grossesse ou de la naissance – Accès aux origines personnelles

Si, pour ne pas dévoiler sa grossesse ou la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission (accouchement sous X), aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. L'Agence Régionale de Santé (ARS) est informée.¹⁰

Par ailleurs, l'intéressée est informée, au cours de son séjour dans l'établissement, des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que par l'intermédiaire du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Ces formalités sont accomplies par les services du Conseil Départemental avisés sous la responsabilité du Directeur ou, à défaut, par l'administration hospitalière elle-même.¹¹

Lorsque la demande d'anonymat émane d'une mineure, le Directeur, en liaison avec le service social, signale la situation au Parquet qui apprécie la nécessité ou non de saisir le juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme et/ou l'enfant.

• Admission pour une Interruption Volontaire de Grossesse

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement les noms de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires. Cette information doit aussi être donnée en cas de manque de place sur le site, en orientant vers d'autres structures situées au plus près de l'hôpital.

Toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une IVG ou les actes ou soins préalables, de quelque manière que ce soit, se rend coupable d'un délit pénalement sanctionnable. Lorsque

⁹ R1112-27 Code de la santé publique

¹⁰ R1112-28 Code de la santé publique

¹¹ L222-6 Code de l'action sociale et des familles

cette infraction est commise, le Directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse.¹²

Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical (IVG thérapeutique) dans les conditions légales et réglementaires.¹³

Article 37 – Détenus

Textes de référence

R6112-19 Code de la santé publique

R1112-30 Code de la santé publique

R1112-33 Code de la santé publique

L'admission dans l'établissement d'un détenu ne peut être acceptée que pour des hospitalisations urgentes ou de courte durée.¹⁴

A titre exceptionnel et pour des raisons de sécurité, l'autorité pénitentiaire ou judiciaire peut demander pour son malade une admission sous X.

Sauf si le malade requiert des soins spécifiques, il est hospitalisé dans la chambre de sûreté prévue à cet effet sur le site de Creil. Si elle est déjà occupée, il est placé dans le service qui traite de sa pathologie, dans une chambre seule, si possible à l'écart des passages.¹⁵

La garde du patient-détenu est assurée obligatoirement par deux agents de police (ou de gendarmerie) en tenue.¹⁶

Les visites au patient-détenu et sa liberté de correspondre par écrit et par téléphone sont encadrées par des dispositions spécifiques précisées par l'administration pénitentiaire.

Article 38 – Militaires

Texte de référence

R1112-29 Code de la santé publique

Si le Directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées le plus proche, s'il s'agit d'un accident de service et si le patient le souhaite.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge par l'Etat.

Article 39 – Malades toxicomanes

Texte de référence

L3414-1 Code de la santé publique

¹² L2223-2 Code de la santé publique

¹³ L2213-1 et suivants Code de la santé publique; R2213 et suivants Code de la santé publique

¹⁴ R6112-19 Code de la santé publique

¹⁵ R1112-30 Code de la santé publique

¹⁶ R1112-33 Code de la santé publique

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement de santé afin d'y être traités, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Ces personnes peuvent demander au médecin qui les a traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication, ont lieu dans les conditions prévues par la réglementation.

Article 40 – Personnes étrangères

Texte de référence

L6112-2 Code de la santé publique

Les étrangers sont admis au GHPSO dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

SECTION 3 – CONDITIONS DE SEJOUR

Article 41 – Accueil des patients

Texte de référence

R1112-40 Code de la santé publique

L254-1 Code de l'action sociale et des familles

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers préventifs, curatifs ou palliatifs.

L'accueil des patients et des accompagnants est assuré, à tous les niveaux, par un personnel spécialement préparé à cette mission.

Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Les personnes les plus démunies ne pouvant justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'Etat, sont prises en charge pour les soins urgents.

Article 42 – Livret d'accueil

Texte de référence

R1112-2 Code de la santé publique

Dès son arrivée dans l'établissement, l'hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations pratiques qui lui seront utiles pendant son séjour notamment concernant les

formalités administratives d'admission et de sortie, les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital.

Ce livret contient la liste nominative des membres de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge, accompagnée d'une information sur les modalités d'expression et de traitement des doléances.

Article 43 – Admission

Textes de référence

R1112-11 à R1112-14 Code de la santé publique

L1111-6 Code de la santé publique

R1112-23 Code de la santé publique

R1112-25 Code de la santé publique

R1112-26 Code de la santé publique

R6145-4 Code de la santé publique

Dès son admission, il est demandé au patient de désigner une personne à prévenir en cas de besoin et une personne de confiance.

• Mode d'admission¹⁷

L'admission à l'hôpital est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un interne de l'établissement.

Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par un médecin ou un interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat du médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mention de l'affection qui motive l'admission. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements, d'ordre médical, utiles pour le diagnostic et le traitement.

En cas de refus d'admettre un malade qui remplit les conditions requises pour être admis, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS).¹⁸

Pour des raisons médicales, tout patient doit être en mesure de se découvrir afin de pouvoir attester son identité. Il sera donc possible à un membre du personnel soignant de demander à un patient de découvrir un visage couvert ou voilé.

• Admission en urgence¹⁹

Si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais du séjour seront remboursés à l'établissement. Plus généralement, il prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

• Transfert après premiers secours²⁰

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état du malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans

¹⁷ R1112-11 Code de la santé publique

¹⁸ R1112-12 Code de la santé publique

¹⁹ R1112-13 Code de la santé publique

²⁰ R1112-14 Code de la santé publique

l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur doit organiser les premiers secours et 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.

- Régime d'hospitalisation²¹

Au GHPSO, il n'y a qu'un seul régime d'hospitalisation en secteur public, le régime commun.

Dans le respect des règles relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers, il existe pour les patients la possibilité d'être pris en charge à leur demande par des médecins qui ont passé avec l'établissement un contrat d'activité libérale.

Ce choix doit être formulé par écrit dès l'entrée, par le malade lui-même ou son accompagnant, après qu'il aura pris connaissance des conditions particulières qu'implique ce choix, notamment en ce qui concerne les honoraires médicaux, dont le montant sera fixé par entente directe entre le malade et le praticien.²² Ce choix n'implique en aucune manière une hospitalisation automatique en chambre seule.

- Prise en charge de l'hospitalisation

Sous réserve de certaines dispositions, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter sa « Carte Vitale », une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers-payant. Il peut lui être demandé de justifier son adresse par tout document.

Les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent et de leur mutuelle complémentaire éventuelle.²³

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire doivent être munis de l'attestation CMUC.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat sont munis d'une décision d'admission d'urgence ou, à défaut, de tout document nécessaire à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.²⁴

Les bénéficiaires de l'article L115 du Code des pensions militaires d'invalidité et les victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.²⁵

Les patients qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés peuvent être appelés à signer un engagement de paiement ou à verser au moment de leur admission, une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée de l'hospitalisation, qui viendra en déduction de l'avis de sommes à payer correspondant à leur séjour.²⁶

²¹ R1112-18 à 21 Code de la santé publique

²² R1112-23 Code de la santé publique

²³ R1112-24 Code de la santé publique

²⁴ R1112-25 Code de la santé publique

²⁵ R1112-26 Code de la santé publique

²⁶ R6145-4 Code de la santé publique

Le service social de l'établissement peut être sollicité pour toute démarche visant à régulariser un défaut de couverture maladie. Le service social aide le patient pour toutes démarches administratives, sociales et/ou matérielles liées à son hospitalisation. Le service des admissions construit le dossier des patients hospitalisés.

Article 44 – Règles de vie collective

Textes de référence

R1112-52 à R1112-54 Code de la santé publique

R1112-48 Code de la santé publique

R1113-1 à 5 Code de la santé publique

Décret n° 93.652 du 26 mars 1993

Loi relative à la lutte contre les exclusions du 29/06/1998

L1110-6 Code de la santé publique

• L'hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital. Chacun est tenu de l'observer²⁷, de même que les éventuelles règles particulières d'isolement, liées à des pathologies spécifiques.

• Les déchets d'activité de soin à risque infectieux

Il est demandé aux patients de ne pas déposer leurs seringues usagées à l'entrée des services. Il existe 5 dépôts de seringues usagées en déchetterie prévus à cet effet : Noyon, Creil, Compiègne, Crépy en Valois et Lamorlaye.

Certaines pharmacies peuvent éventuellement les reprendre après accord avec le patient.

• L'interdiction de fumer

Par mesure d'hygiène et de sécurité, et selon les termes de la Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 modifiée relative à la lutte contre le tabagisme et du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à usage collectif, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble des locaux de l'établissement.

Tout contrevenant, membre du personnel, patient, résident ou visiteur, s'expose à des sanctions disciplinaires ou pénales en cas de manquement à cette interdiction. Ces règles s'appliquent également à la cigarette électronique.

• Les animaux²⁸

Les animaux domestiques, à l'exception des chiens-guides d'aveugles et hormis projet thérapeutique, ne peuvent être introduits dans l'enceinte et dans les locaux des différents sites du GHPSO.

• Les téléphones portables

L'utilisation des téléphones portables dans l'enceinte de l'établissement est possible à condition de respecter la tranquillité des patients hospitalisés. Pour des raisons techniques de sécurité, les portables peuvent néanmoins être interdits à certains endroits.

• Les objets et produits interdits

²⁷ R1112-52 Code de la santé publique

²⁸ R1112-48 Code de la santé publique

L'introduction d'armes ou de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du GHPSO est strictement interdite. Toute personne qui contrevient à cette disposition s'expose à la confiscation des objets ou produits en cause le temps du séjour hospitalier et, le cas échéant, à une saisie par les autorités de police ou de gendarmerie.

- Repas

Le petit déjeuner est servi à partir de 8h, le déjeuner à partir de 12h et le dîner à partir de 18h.

Les repas sont préparés par les cuisiniers de l'hôpital. Des personnels du service vont à la rencontre des patients afin de connaître leurs aversions alimentaires.

Les régimes particuliers sont mis en place par les diététiciens de l'hôpital.

Un repas, payant, peut être servi aux personnes rendant visite aux hospitalisés. Le déjeuner est pris au self ou dans la chambre du patient et les repas du soir et du week-end sont pris dans le service.

- Déplacement des personnes hospitalisées

Les hospitalisés ont le droit d'aller et venir sous réserve d'informer l'équipe soignante et de respecter les règles d'accès au public.

Ils doivent être vêtus d'une tenue décente.

Pour tout déplacement un enfant doit être accompagné.

Par dérogation au principe précédent une décharge parentale peut être demandée pour autoriser certains déplacements avec l'accord de l'équipe médicale.

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

- Dépôt des biens²⁹

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer, après inventaire, le dépôt des sommes d'argent, objets de valeur et papiers d'identité qui sont en sa possession. L'établissement est en droit de refuser les objets dont la détention n'est pas justifiée pendant le séjour.

Une information orale et écrite est donnée à la personne ou à son représentant légal sur les règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement, et sur la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés : ces règles sont précisées dans le livret d'accueil à destination du patient hospitalisé.

La personne admise, ou son représentant légal, atteste avoir reçu l'information sur un document conservé dans son dossier.

Si, une fois informée, la personne décide de conserver avec elle les biens susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'hôpital ne peut être engagée, en l'absence de faute établie.

Il est remis au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par l'établissement. Ce document est également versé au dossier du patient.

Le retrait des objets par le déposant ou son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'un reçu. Il est possible de les retirer aux heures d'ouverture du

²⁹ R1113-1 à 5 Code de la santé publique

bureau, du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00, durant le séjour ou lors de la sortie auprès du Service Contentieux (Bureau des admissions).

Dans le cas où la personne, hors d'état de manifester sa volonté et devant recevoir des soins d'urgence, se trouve dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement. Un inventaire de tous les objets dont la personne admise est porteuse est aussitôt dressé, en présence de deux agents, et contresigné par ces derniers.

En cas de décès d'un patient hospitalisé, les biens sont transférés au Trésor Public.

- Courrier et téléphone

Le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toutes leurs opérations postales.³⁰

Le courrier est distribué par une personne du service d'hospitalisation.

Si un patient est dans l'incapacité de se déplacer, une personne du service récupère son courrier et se charge de le transmettre au vaguemestre.

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone. Ils ont tenus d'acquitter les taxes correspondantes.

Si les hospitalisés ne disposent pas d'un appareil de téléphone dans leur chambre, ils peuvent cependant recevoir des communications téléphoniques, dans la mesure où celles-ci ne perturbent pas le fonctionnement des services.³¹

- Télévision

La mise à disposition d'une télévision est gérée par une société extérieure : une antenne de cette société, à disposition des patients, est présente dans l'enceinte des sites du GHPSO.

- Service social³²

Le service social a pour mission de conseiller et d'orienter les personnes hospitalisées et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. A la disposition des malades, des familles et des proches, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge de la personne hospitalisée. Il assure dans l'intérêt de ces personnes la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux ; il prépare, notamment, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation des malades.

- La permanence d'accès aux soins de santé (PASS)³³

La PASS a pour mission de faciliter l'accès des personnes démunies au réseau de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

A cet effet, une équipe de professionnels est à disposition des personnes qui rencontrent une difficulté dans l'accès aux soins.

- Associations

Les associations de bénévoles participent à la qualité du séjour des patients. Elles agissent en accord avec la Direction du GHPSO et interviennent sur autorisation de cette dernière dans le

³⁰ R1112-53 Code de la santé publique

³¹ R1112-54 Code de la santé publique

³² Décret n° 93.652 du 26 mars 1993

³³ Loi relative à la lutte contre les exclusions du 29/06/1998

cadre d'une convention. Les associations doivent respecter l'ensemble des règles édictées par le présent règlement intérieur. Dans le cadre de cet accord, les associations signataires d'une convention s'engagent à :

- agir dans le respect des convictions et des opinions de chacun
- n'intervenir ni dans le domaine médical, ni paramédical, ni administratif
- respecter la confidentialité des informations, qui pourraient leur parvenir, concernant tant l'établissement et le personnel que le patient lui-même
- travailler en liaison avec l'équipe soignante

- Suivi scolaire³⁴

Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'établissement. La scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical.

- Consignes de sécurité

Les patients doivent respecter les consignes de sécurité placées dans chaque chambre.

Article 45 – Organisation des services aux patients réalisés par des prestataires au GHPSO

Il s'agit ici de services payants réalisés par des prestataires extérieurs au GHPSO pour des patients hospitalisés au sein de l'établissement (ex : coiffure, commandes de nourriture). Ces services peuvent être tolérés dans la mesure où ils respectent les règles de vie collective énoncées ci-dessus. Le patient doit s'informer afin de vérifier que le recours à ces services extérieurs, alimentaires notamment, est compatible avec son état de santé. Le GHPSO ne pourra être tenu responsable des conséquences éventuelles.

Article 46 – Visites

Texte de référence

R1112-47 et 48 Code de la santé publique

- Modalités d'exercice du droit de visite

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite. Le Directeur ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

Toute personne étrangère ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable de la direction qui sollicite, si besoin, l'avis du ou des chefs de structure concernés.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, et plus généralement ils doivent respecter strictement l'ensemble des prescriptions régissant le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite

³⁴ L1110-6 Code de la santé publique

pourront être décidées par le Directeur après avis du responsable de service. En cas d'agressivité de la part d'un visiteur, il sera fait appel au service de sécurité.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et des chefs de service et après autorisation de la direction.

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

Lorsque l'intervention d'un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) est sollicitée par un malade, il peut se rendre auprès de celui-ci, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière ; il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

Les associations qui organisent l'intervention de bénévoles dans l'établissement doivent avoir préalablement passé une convention qui détermine les modalités de cette intervention dont le personnel des services a connaissance.

Les patients peuvent demander au cadre soignant ou aux infirmiers du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent d'avoir accès auprès d'eux.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du médecin responsable du service. L'accès de certains services est interdit aux enfants de moins de 15 ans.

- Horaires des visites

Il est demandé aux visiteurs de se conformer aux horaires autorisés dans le service, d'être discret, d'éviter de venir trop nombreux (2 visiteurs par patient).

- Obligations des visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par la direction, après avis du responsable du service.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients pendant l'exécution des soins et examens.

Les visiteurs ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées, ni tabac, ni médicaments. Les médicaments peuvent être exceptionnellement autorisés par le médecin en charge du patient.

Les visiteurs doivent se conformer aux demandes du personnel soignant de ne pas apporter à un patient des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire qui lui a été prescrit.

Les visiteurs sont tenus de se conformer aux règles d'hygiène de l'établissement et aux éventuelles règles particulières d'isolement, liées à des pathologies spécifiques, qui leur seront spécifiées par le personnel du service.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils doivent s'abstenir de fumer dans l'ensemble des locaux et ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

Textes de référence

R1112-56 Code de la santé publique
R1112-58 Code de la santé publique
R1112-60 Code de la santé publique
R1112-62 Code de la santé publique
R1112-43 Code de la santé publique
R1112-16 Code de la santé publique

• Autorisations de sortie³⁵

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la durée de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier, à titre exceptionnel, de permissions de sortie, de quelques heures en journée ou d'une durée maximum de 48h.

Ces autorisations de sortie sont accordées, sur avis favorable du médecin responsable, par le Directeur ou son représentant.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui sont impartis, la Direction le considère comme sortant et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

• Formalités de sortie³⁶

Lorsque l'état de santé de l'hospitalisé n'impose plus son maintien dans l'un des services du GHP SO, sa sortie est prononcée par le Directeur ou son représentant, sur proposition du médecin responsable.

Le patient est alors orienté vers le service des Admissions pour s'assurer que son dossier administratif est complet.

Le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre ; il doit recevoir toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.³⁷

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

Le choix de l'établissement de soins de suite ou de convalescence est lié aux besoins que nécessite l'état de santé du patient, il s'agit d'une décision médicale.

Le service d'hospitalisation et le Service social s'efforcent de trouver des places disponibles dans ces établissements en rapport avec l'environnement personnel du patient, pour cela il lui est demandé de faire part, au plus vite, de sa volonté, antérieurement à sa sortie.

Il est impossible de remettre en question la décision de sortie pour laquelle le patient et/ou sa famille ont été consultés.

• Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées sous contrainte, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le GHP SO.

³⁵ R1112-56 Code de la santé publique

³⁶ R1112-58 Code de la santé publique

³⁷ R1112-60 Code de la santé publique

Si le médecin chef de la structure estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour la personne hospitalisée, cette dernière n'est autorisée à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait.

La sortie est alors prononcée par le Directeur ou son représentant. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.³⁸

La même procédure s'applique lorsqu'un malade n'accepte aucun des traitements, interventions ou soins proposés ; le document signé constate alors le refus des soins proposés.³⁹

Tout malade ou blessé dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une décharge traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal de refus est dressé.⁴⁰

- Sortie à l'insu du service

Lorsqu'un patient quitte le service où il est hospitalisé sans avoir averti le personnel au préalable, des recherches sont engagées dans l'enceinte de l'établissement et à ses abords.

Si elles sont infructueuses, le médecin rédige une lettre rappelant l'état de santé du patient, les soins proposés et les risques encourus du fait de cette sortie prématurée.

Cette lettre est adressée au patient ainsi qu'à son médecin traitant et un exemplaire est conservé dans le dossier patient.

La famille du patient est avertie de sa sortie spontanée sous réserve qu'elle ait été préalablement informée de son hospitalisation.

- Questionnaire de sortie⁴¹

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. Ce questionnaire rempli est rendu à la Direction sous pli cacheté et sous forme anonyme si le patient le désire.

Des boîtes aux lettres identifiées et dédiées sont à la disposition des patients. Le questionnaire peut être également laissé dans le service qui transmettra à la Direction.

Article 48 – Patients en fin de vie

Texte de référence

Art. R. 1112-68 du CSP

Lorsque le patient est en fin de vie, ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leurs repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités de l'hospitalisation du malade le permettent.

SECTION 4 – DEVOIRS DES PATIENTS

³⁸ R1112-62 Code de la santé publique

³⁹ R1112-43 Code de la santé publique

⁴⁰ R1112-16 Code de la santé publique

⁴¹ R1112-67 Code de la santé publique

Article 49 – Observer une attitude respectueuse

Textes de référence

Art. 222-8 et 433-3 Code Pénal
Art. 222-13 Code Pénal
Art. 222-13 Code Pénal
Art. 1382 Code Civil
R1112-55 Code de la santé publique
R1112-50 Code de la santé publique

- Respect du personnel et des autres patients

Une attitude correcte, polie et respectueuse est attendue des patients à l'égard du personnel soignant, non-soignant ainsi que des autres patients et de leurs visiteurs.

Les radios, télévisions ou autres appareils sonores ne doivent pas gêner le repos du malade ou de ses voisins.

- Respect des locaux

Il est attendu des patients et de leurs visiteurs qu'ils contribuent à la propreté des lieux notamment en jetant leurs déchets dans les poubelles prévues à cet effet et en ne dégradant ni les locaux ni le matériel.

Par ailleurs, il est rappelé que le vol commis dans un hôpital est soumis à une répression pénale et civile, tout comme dans un autre lieu accueillant du public.

- Respect des règles de fonctionnement

Le patient est tenu de respecter les règles de fonctionnement de l'hôpital et de chaque service.

Un respect particulier doit être porté aux règles de vie collective.

Article 50 – Obligations financières des patients

Texte de référence

R6145-4 Code de la santé publique

- Tarifs des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'ARS, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur.

- Forfait journalier

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du malade à ses frais de séjour qui est dû en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet ainsi que le jour de la sortie. Le forfait journalier doit être réglé au Bureau des Admissions le jour de sa sortie (sauf prise en charge par le tiers payant).

- Paiement des frais de séjour et provisions⁴²

⁴² R6145-4 Code de la santé publique

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable – sauf les cas d'urgence médicalement constatée – d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour. Sauf dans les mêmes cas d'urgence, les malades étrangers non résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant une prise en charge par leur pays d'origine qui soit accepté par le GHP SO. Le non paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie du GHP SO à exercer des poursuites contre les malades, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

- Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale

Ces honoraires, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le malade et le médecin. Le malade reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale.

- Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement. La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un malade en fin de vie.

- Gratifications

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Dans le cas de gratifications, les malades doivent savoir qu'ils exposent le personnel à des sanctions disciplinaires.

Si les patients souhaitent remercier un membre du personnel ou de l'équipe qui les a pris en charge, ils peuvent écrire un courrier à la Direction de l'établissement qui leur transmettra.

Article 51 – Autres devoirs des patients : neutralité, confidentialité, surveillance des affaires personnelles

Textes de référence

R1115-51 Code de la santé publique

Art. 9 Code Civil et Art. 226-1 Code Pénal

- Neutralité

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

L'expression des convictions religieuses, autorisée et respectée, ne doit pas faire obstacle à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches, ni au fonctionnement régulier du service.

Le libre choix du praticien est un droit du patient. Ce droit ne peut cependant pas aller à l'encontre du tour de garde des médecins, de la prise en charge de l'urgence ou de l'organisation des services.

- Confidentialité des données et informations

Les patients hospitalisés se doivent de respecter le secret sur les informations médicales, concernant d'autres patients, qui auraient été portées malencontreusement à leur connaissance.⁴³

Cela induit aussi le fait qu'il est interdit de chercher à connaître, par quelque moyen que ce soit, les informations détenues par le GHPSO dans son ensemble : tout contrevenant sera soumis à des poursuites.

- Surveillance des affaires personnelles

L'hôpital n'étant pas responsable de la disparition éventuelle des sommes d'argent, bijoux et objets de valeur détenus par les patients et gardés dans la chambre, il leur est conseillé de ne pas les apporter ou sinon de leur porter une attention particulière ou de les déposer au coffre.

Article 52 – Sanction du non-respect des devoirs des patients et/ou de leurs proches

Texte de référence

Art. R. 1112-49 du CSP

Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'intéressé. Une exclusion est prononcée après rapport écrit du médecin chef de structure, hors cas d'urgence de prise en charge. Le patient doit alors être adressé à un confrère pour la continuité de la prise en charge.

Tout agent peut porter plainte contre un patient pour des violences à caractère verbal ou physique, et aura dans ce cas le soutien de l'établissement (aide à la démarche faite par la Direction des Ressources Humaines ou la Direction des affaires médicales et domiciliation à l'hôpital lors de la plainte).

Il est vivement recommandé d'établir une fiche d'évènement indésirable et de la transmettre à la Direction de la Qualité, Gestion des risques et de la Patientèle.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions évoquées précédemment.

Enfin, la Direction se réserve le droit d'informer le Procureur de la République lorsqu'un patient ou un proche, dûment averti, cause des désordres persistants, menace le personnel ou adopte un comportement inapproprié à son égard. Le Procureur sera alors juge de l'opportunité de la suite donnée à cette information.

SECTION 5 – SECURITE

Article 53 – Protection du public

Le GHPSO a développé des liens avec le commissariat de Creil et la gendarmerie de Senlis dans une optique de protection du public, des personnels et des patients. Ainsi, l'accès est sécurisé dans un certain nombre de services. Par ailleurs, il existe un service de sécurité susceptible d'intervenir sur le site de Creil.

⁴³ Art. 9 Code Civil et Art. 226-1 Code Pénal

Article 54 – Dégradations matérielles

Toute personne à l'origine de dégradations matérielles sur les biens des patients, du personnel ou sur le matériel hospitalier engage sa responsabilité civile et/ou pénale. Le GHPSO ne pourra être tenu responsable des dégradations matérielles commises par un tiers mais pourra, si nécessaire, accompagner les victimes (patients ou personnel) dans les procédures à effectuer auprès des services de police ou de gendarmerie.

SECTION 6 – DECES DU PATIENT HOSPITALISE

Article 55 – Notification du décès du patient hospitalisé

Texte de référence

Art. R. 1112-69 du CSP

Le décès est constaté par un médecin, inscrit à l'ordre des Médecins. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées. La famille est prévenue par le personnel médical. Un inventaire contradictoire des effets du patient est établi ; si possible avec un membre de la famille. Les biens de valeurs sont transmis au receveur du trésor public. La législation interdit qu'ils soient rendus directement à un membre de la famille.

Article 56 – Déclaration d'enfant sans vie

Procédure en cas de naissance d'un enfant vivant et viable puis décédé

- faire une déclaration de naissance
- faire une déclaration de décès

Cette procédure donne droit :

- à une inscription au livret de famille
- à une autopsie
- à une inhumation

Procédure en cas de naissance d'un enfant né vivant mais non viable ou d'un enfant mort né

- faire une déclaration d'enfant sans vie

Cette procédure donne droit :

- à une inscription au livret de famille
- à une inhumation
- à une autopsie :
 - o à la demande des parents
 - o du médecin

Article 57 – Indices de mort violente ou suspecte

Texte de référence

Art. R. 1112-73 du CSP

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

Article 58 – Toilette mortuaire et inventaire après décès

Lors du décès, le défunt est transféré dans un délai d'environ 2 heures à l'une des chambres Mortuaires de chaque site du GHPSO. Le défunt peut selon les souhaits de la famille demeurer à la Chambre Mortuaire, être transféré en funérarium ou au domicile.

- En cas de transfert : le transport est limité dans le temps et soumis à des autorisations médicales et administratives. Le transfert s'effectue avec les Pompes Funèbres au choix du défunt ou des proches.
- Si le défunt reste à la Chambre Mortuaire de l'Hôpital, les proches devront apporter les **effets vestimentaires** destinés à son habillage. Celui-ci sera effectué soit par l'agent d'Amphithéâtre soit par les Pompes Funèbres si les proches souhaitent un soin de conservation.

Article 59 – Mesures de police sanitaire

Texte de référence

Art. R. 1112-74 du CSP

Lorsque les 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 desdits objets et effets.

Article 60 – Transport de corps

Texte de référence

Article R2213-7 à R2213-11 du Code général des collectivités territoriales
Article R. 2213-21 du Code général des collectivités territoriales
Article R363-4 à Article R363-9 du code des communes

Les transports à résidence sont assurés par des véhicules agréés à cet effet et par les services de pompes funèbres agréés.

Transport de corps en chambre funéraire avant mise en bière

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers une chambre funéraire est subordonné :

1° A la demande écrite :

- soit de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état-civil et de son domicile ;
- soit de la personne chez qui le décès a eu lieu, à condition qu'elle atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de douze heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;
- soit du directeur de l'établissement, sous la condition qu'il atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de dix heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;

2° A la détention d'un extrait du certificat de décès, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles dont la liste est fixée au d de l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités territoriales;

3° A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78,79 et 80 du code civil relatives aux déclarations de décès. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, en cas de fermeture de la mairie, ces formalités sont accomplies dès sa réouverture.

Le médecin peut s'opposer au transport du corps avant mise en bière lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport. Il en avertit sans délai par écrit la famille et, s'il y a lieu, le directeur de l'établissement.

Lorsque le corps est transporté avant mise en bière hors de la commune du lieu de décès ou de dépôt, une copie de la déclaration de transport est immédiatement adressée, par tout moyen, au maire de la commune où le corps est transporté.

Sauf dispositions dérogatoires, les opérations de transport de corps avant mise en bière du corps d'une personne décédée sont achevées dans un délai maximum de quarante-huit heures à compter du décès.

Transport de corps après mise en bière

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée doit être mis en bière.

Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse renfermant des radio-éléments, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréée.

Après fermeture du cercueil, le corps d'une personne décédée ne peut être transporté dans une commune autre que celle où cette opération a eu lieu, sans une déclaration préalable effectuée, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de fermeture du cercueil. La déclaration préalable au transport indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du cercueil.

Transport de corps sans mise en bière à résidence après décès au GHPSO

Le transport, sans mise en bière, du corps d'une personne décédée dans un établissement d'hospitalisation, public ou privé, de cet établissement à la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille, est autorisé par le maire de la commune où est situé l'établissement.

L'autorisation est subordonnée :

1° A la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et justifie de son état civil et de son domicile ;

2° A la reconnaissance préalable du corps par cette personne ;

3° A l'accord écrit du directeur du GHPSO ;

4° A l'accord écrit du médecin chef du service hospitalier ou de son représentant dans un établissement public, ou du médecin traitant dans un établissement privé ;

5° A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78, 79 et 80 du code civil relatives aux déclarations de décès.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que pour les motifs suivants :

1° Le décès soulève un problème médico-légal ;

2° Le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

3° L'état du corps ne permet pas un tel transport.

Lorsque le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière, il en avertit sans délai par écrit le directeur de l'établissement et la famille.

Dans le cas où l'autorisation n'est pas accordée, le corps ne peut être transporté qu'après mise en bière.

Article 61 – Prélèvements d'organes

Texte de référence

Art. L. 1232-1 et 2 du CSP

Les prélèvements sont réglementés par la loi relative à la bioéthique du 6 août 2004.

Selon cette loi, toute personne est considérée consentante au don d'éléments de son corps en vue de greffe, si elle n'a pas manifesté son opposition de son vivant. C'est le principe du « consentement présumé ».

Si une personne s'oppose à tout don d'organe, elle doit faire connaître sa décision de son vivant en s'adressant à l'Agence de la Biomédecine.

Il existe sur le site GHPSO de Creil, une Unité de Coordination de Prélèvements et Greffes (UCPG).

Un membre de l'équipe est joignable au : 06 32 16 14 24 - 7j/7j - 24h/24h pour répondre aux interrogations des patients ou de leur famille.

SECTION 7 – SOINS DES PATIENTS ET EXERCICE DE LA POLICE/JUSTICE

Cette section rappelle les règles qui doivent être respectées, par chaque professionnel de santé dans ses rapports avec la police judiciaire, dans le respect de la déontologie professionnelle.

Article 62 – Admission d'une personne victime d'un crime ou d'un délit

Les admissions sont prononcées par le Directeur.

Les dates de début et de fin d'hospitalisation, comme tous les renseignements administratifs comme l'identification ne sont pas couverts par le secret médical. Ils relèvent de l'application de l'article 9 du code civil sur le secret de la vie privée et sont placés sous la responsabilité du Chef d'établissement.

Au terme des dispositions de l'article 77-1-1 du Code Procédure Pénale, le procureur de la République ou sous autorisation l'Officier de Police Judiciaire peuvent recueillir les documents intéressant une enquête en cours, après saisine formelle du directeur.

Article 63 – Réquisition pour examen médical

Au cours d'une enquête judiciaire, le Procureur de la République ou les officiers de police judiciaire ont recours à toutes personnes qualifiées. (Article 60, 74 et 77.1 du code de procédure pénale). Les médecins ou plus généralement les personnes appelées à prêter leur concours, ont l'obligation de déférer à ces réquisitions sous peine d'amende (article L. 367 du code de la santé publique et R. 642-1 du code pénal).

Le médecin peut refuser de répondre à une réquisition d'examen médical comme expert indépendant :

- s'il est le médecin de la personne à examiner ;
- s'il est parent de la personne ;
- s'il estime que la personne concernée par l'examen n'est pas en état de subir l'examen ou le prélèvement ;
- s'il estime ne pas avoir la compétence nécessaire.

L'indemnité versée par le ministère de la justice profite au médecin qui a effectué l'examen même s'il est salarié plein temps du centre hospitalier.

Article 64 – Audition d'une personne hospitalisée ou d'un personnel hospitalier

Audition d'une personne hospitalisée

Les officiers ou agents de police judiciaire sur délégation ne peuvent se voir opposer de refus à l'audition d'une personne hospitalisée, hormis pour des raisons médicales liées à l'état de santé du patient. Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités judiciaires avec ou sans son consentement.

Le directeur de l'hôpital (ou l'administrateur d'astreinte) doit être informé de toute audition. Les enquêteurs sont également tenus de produire une pièce justificative à l'appui de leur démarche et d'informer les médecins du service d'une telle audition.

Audition des personnels hospitaliers

L'audition peut être effectuée sur leur lieu de travail au centre hospitalier, à domicile ou dans un service de police ou de gendarmerie. Le personnel hospitalier est tenu de comparaître (article 62 et 78 du code de Procédure pénal). En cas de refus le Procureur de la République peut les y contraindre par la force publique.

Lors d'enquêtes préliminaires ou de flagrance, le personnel hospitalier est entendu comme simple témoin libre de répondre ou non aux questions. Néanmoins, les fonctionnaires, astreints au secret professionnel, doivent apporter leur témoignage en vertu des dispositions de l'article 40 du code de procédure pénal.

Les personnels hospitaliers ne sont pas déliés du secret professionnel, mais ils ne peuvent être poursuivis pour des révélations, faites au juge d'instruction, qui servent à la manifestation de la vérité. En effet, quelle que soit la vigueur du secret professionnel, celui-ci ne doit pas :

- faire obstacle à la manifestation de la vérité,
- provoquer d'entrave au bon fonctionnement de la justice,
- laisser condamner un innocent.

Ces limites au secret professionnel, ne peuvent se réaliser que dans le cadre d'une procédure judiciaire ou d'un procès.

Le Directeur est préalablement informé, en cas d'audition d'un membre du personnel hospitalier, sur le lieu de travail ou convoqué dans les locaux de la police ou de la gendarmerie, pendant le temps de travail. Dans le cadre de leurs activités professionnelles, les fonctionnaires et agents non titulaires ont droit à une protection fonctionnelle, dans certaines circonstances en cas de poursuites pénales et civiles engagées par un tiers pour faute de service.

Article 65 – Certificat de non hospitalisation

L'ivresse publique nécessite la production de certificats de non hospitalisation (article 76 du code des débits de boisson). Les services de police sont tenus d'amener à l'hôpital les personnes trouvées en état d'ivresse sur la voie publique (article 65 et R4 du code des débits de boissons).

L'objectif de l'examen médical est de déceler des pathologies dont les signes cliniques sont proches ou identiques à ceux de l'ivresse ou des traumatismes non apparents susceptibles de mettre en danger la vie de ces personnes ou d'évaluer le risque d'un coma éthylique.

A la suite de cet examen, la personne est soit hospitalisée, soit remise au service de police qui l'a conduit à l'hôpital. Dans ce cas, un certificat de non hospitalisation est délivré par le médecin des urgences.

En cas de refus de se laisser examiner, la personne ne peut être prise en charge par les services de Police et doit rester au centre hospitalier.

La prise en charge des personnes en état d'ivresse manifeste, sur la voie publique, relève de la police administrative, sans qu'il y ait lieu à l'établissement d'une réquisition.

Article 66 – Examen ou prélèvement contre la volonté d'une personne

Les articles 16-1 et 16-3 du code civil posent le principe de l'inviolabilité du corps humain. Il est donc exclu de réaliser un prélèvement sur une personne par la force.

Exceptions :

- le prélèvement sanguin destiné à prouver l'imprégnation alcoolique d'un automobiliste (article L1 du code de la Route) ;
- l'examen corporel, ordonné par le Président du tribunal de Grande Instance, en cas d'ingestion présumée de stupéfiants (article 60 bis du code des douanes).
- l'identification par empreintes génétiques dans le cadre d'une procédure judiciaire ou à des fins médicales (article 16-11 du code civil).

Article 67 – Troubles à l'ordre public

Lorsqu'un malade ou un visiteur, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur responsable de la police dans l'enceinte hospitalière, prend toutes mesures appropriées pour

faire cesser le désordre qui peuvent aller jusqu'à l'expulsion avec l'aide, si nécessaire, de la force publique.

En application de l'article 11 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983, portant statut de la fonction publique hospitalière, les fonctionnaires et les agents non titulaires ont droit à une protection et le cas échéant à une réparation lorsqu'ils ont fait l'objet, à l'occasion de leurs fonctions, de menaces, d'outrages, de voies de fait, d'injures ou de diffamations.

Le Directeur représentant l'établissement, dispose d'une action directe par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale, contre l'auteur des menaces ou attaques dont serait victime un fonctionnaire hospitalier.

Article 68 – Vols

Les vols ou disparitions de produits stupéfiants ou de tout médicament classé, doit faire l'objet d'une déclaration à la police nationale ou à la Gendarmerie. Un rapport sera établi par le personnel hospitalier et adressé au pharmacien et au Directeur.

Les vols d'ordonnances et de tampons doivent être signalés au Directeur qui saisira le Conseil de l'ordre des médecins et pharmaciens ainsi que les forces de l'ordre.

Article 69 – Fouille à corps

Le personnel hospitalier n'a pas à répondre aux réquisitions tendant à effectuer une fouille sur une personne.

Article 70 – Saisie d'arme

Les armes (couteau, rasoir, pistolet, bombe de gaz de défense...) découvertes sur des malades ou blessés arrivés aux urgences ou dans un service doivent être confisquées et remises au Directeur, ou à son représentant dûment mandaté à cet effet, qui en donnera un reçu. Ces armes seront déposées au commissariat de police de Creil ou Senlis. La saisie se fait dans un but d'ordre public et de sécurité des personnes.

Article 71 – Garde à vue

Les articles 380 et suivants du code de procédure pénal, décret du 14 janvier 1974 et du 08 décembre 1998, prévoient les conditions de prise en charge des personnes malades ou blessées privées de liberté.

La prise en charge médicale et soignante est la même que pour tout autre malade. Les règles du secret professionnel sont les mêmes. Les droits du patient sont respectés. Les seules restrictions sont imposées par le code de procédure pénal (sécurité, visites, communications, aller et venir...) La surveillance et la garde incombent exclusivement au personnel de police ou de gendarmerie. Toute visite est soumise à l'accord d'un officier de police judiciaire. Le transfert de la personne gardée à vue, vers le plateau technique (bloc, imagerie médicale, exploration fonctionnelle), se fait en concertation avec les enquêteurs. Les modalités d'accompagnement se font au cas par cas, selon l'appréciation des forces de police ou de gendarmerie.

Après en avoir informé le Directeur et le médecin chef de service, le juge d'instruction, le procureur de la république, le greffier et l'avocat peuvent se déplacer dans le service pour rencontrer le malade sous surveillance policière.

Article 72 – Violences conjugales et familiales

Les violences volontaires constitutives d'atteintes à l'intégrité de la personne sont réprimées par le code pénal et aggravées lorsque celles-ci sont commises par le conjoint ou le concubin.

Le personnel doit informer la victime des possibilités qui s'offrent à elle à savoir un dépôt de plainte avec ou sans prise en charge spécifique dans une structure spécialisée.

L'appréciation du danger encouru par la victime peut conduire à faire bénéficier la personne d'une mesure d'anonymat partiel et de protection physique durant la période d'hospitalisation. En cas de violence du conjoint dans le service au cours d'une visite ou de tentative d'intrusion, il sera fait appel aux forces de l'ordre.

Article 73 – Suicide

Sauf nécessité de porter secours immédiatement à un malade dont la mort ne serait pas certaine et constatée, le corps ne doit pas être déplacé avant l'arrivée de la police et les lieux doivent être préservés en l'état. Le chef d'établissement ou directeur d'astreinte est immédiatement informé, chargé à lui de saisir sans délai l'autorité judiciaire.

Le médecin chef de service ou son représentant rédige un rapport qui précise le lieu, l'heure, la position du corps, la nature et la provenance des moyens utilisés, le nom des témoins et le nom des personnels présents dans l'unité de soins. Ce rapport sera transmis au Directeur.

S'il existe un doute sur l'origine des lésions constatées, incompatibles avec la thèse du suicide, un signalement est adressé au procureur de la république, dès lors que la Loi autorise la révélation du secret professionnel (présomptions de sévices sur mineurs ou personnes dans l'incapacité de se protéger ou présomption de crime sur une autre personne comme une tentative de meurtre).

Le décès d'un patient admis après une tentative de suicide est une mort qui soulève un obstacle médico-légal à l'inhumation qui justifie l'ouverture d'une enquête judiciaire. Un médecin hospitalier constatera le décès en signalant l'obstacle médico-légal à l'inhumation. Le médecin chef de service ou de pôle est informé.

CHAPITRE III : DROITS ET OBLIGATIONS DES PERSONNELS DU GHPSO

Certains articles de ce chapitre sont spécifiques au personnel non médical et ne s'applique, par conséquent, pas au personnel médical.

SECTION 1 - DROITS DU PERSONNEL DU GHPSO.

Article 74 – Egalité de traitement, non-discrimination

Textes de référence

Titre I : Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Titre IV : Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les agents en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur apparence physique, de leur appartenance ou non appartenance à une ethnie ou à une race.

Article 75 – Droit à la protection dans l'exercice des fonctions

Textes de référence

Titre I : Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Titre IV : Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière

L'administration hospitalière est tenue de protéger ses agents contre les attaques dont ils peuvent faire l'objet en lien avec l'exercice de leurs fonctions. Cette protection intervient en cas d'attaques : menaces (physiques, verbales ou écrites), violences, injures, diffamations. Pour connaître les détails, l'agent concerné est invité à s'adresser à la Direction de l'établissement. En cas de nécessité, une protection peut être organisée par l'établissement selon une procédure prédéfinie.

Tout agent du GHPSO a également droit à une protection en cas de mise en cause judiciaire, dans l'exercice des fonctions, soit au civil, soit au pénal, cette protection est dite fonctionnelle. L'agent victime d'une attaque ou poursuivi devant une juridiction répressive pour faute de service doit en informer l'administration. A ce titre, il lui appartient de formaliser sa demande de protection par un courrier adressé au service compétent sous couvert de sa hiérarchie.

Toutefois cette protection ne joue pas en cas de faute personnelle de l'agent : lorsque l'agent a commis une faute personnelle dans l'exercice de ses fonctions, il ne peut bénéficier ni de l'assistance judiciaire, ni de la prise en charge de sa condamnation.

Elle doit être assurée par tout moyen utile et seuls des motifs d'intérêt général ou un cas de faute personnelle détachable du service peuvent justifier un refus de la part de l'administration d'assurer cette protection.

Article 76 – Droit à la protection contre le harcèlement sexuel et moral

Textes de référence

Loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Introduits dans le Code du Travail par la loi du 17 janvier 2002, les articles concernant le harcèlement moral visent « les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ». Ces dispositions précisent qu'aucun salarié ne doit subir de tels agissements, ni être sanctionné pour en avoir témoigné ou les avoir relatés.

Le harcèlement moral expose son auteur à des sanctions disciplinaires et à des sanctions pénales. Elles justifient la mise en place de mesures conservatoires.

Article 77 – Droit syndical

Textes de référence

Titre I : Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Décret n° 2012-736 du 9 mai 2012 modifiant le décret n° 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Circulaire DGOS/RH3 n° 2013-275 du 9 juillet 2013 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière

Les agents du GHPSO "peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats". Nul ne peut donc être sanctionné ou pénalisé dans sa carrière du fait de son adhésion syndicale ou dans l'exercice de son mandat syndical. Tout agent a droit à l'information syndicale dans la limite d'une heure par mois sur le temps de travail cumulable sur un trimestre sous réserve d'en avoir informé son encadrement trois jours avant.

Des réunions mensuelles ou bimensuelles d'informations syndicales, peuvent être organisées.

Les délégués syndicaux bénéficient de décharges d'activité et d'autorisation d'absence prévues par la réglementation. Les syndicats disposent de moyens pour exercer leurs missions.

Les réunions syndicales ne peuvent avoir lieu qu'en dehors des locaux ouverts au public et elles ne doivent en aucun cas porter atteinte au fonctionnement du service. A l'exception des réunions se tenant dans les locaux syndicaux, l'organisation de ces réunions doit être demandée une semaine au moins avant la date de la réunion. Une réponse est faite au plus tard quarante-huit heures avant (article 8 du Décret n°86-660 du 19 mars 1986).

Les représentants des organisations syndicales sont autorisés à rencontrer les agents dans les lieux réservés au personnel à condition qu'ils ne perturbent pas le bon fonctionnement de l'unité, et après en avoir informé le cadre présent.

L'ensemble des agents titulaires, stagiaires de la fonction publique ou les agents contractuels de droit public peuvent prétendre au bénéfice du congé pour formation syndicale. La durée maximum du congé de formation syndicale est de 12 jours ouvrables par an. Dans la fonction publique hospitalière, l'effectif des agents qui sont susceptibles de bénéficier du congé de formation syndicale au cours d'une même année civile ne peut excéder 5 % de l'effectif réel de l'établissement. L'agent doit adresser une demande écrite à son administration au moins un mois à l'avance.

Article 78- Droit de grève

Il est reconnu à tous les agents de l'établissement, dans le respect de certaines règles et plus particulièrement dans la limite de la continuité du service public.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le règlementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum.

Conformément à la réglementation, une réduction du traitement proportionnelle à la durée de la grève est effectuée en cas d'absence pour grève.

Article 80 - Droit à la formation

Tous les agents cotisants de la Fonction Publique Hospitalière peuvent demander à bénéficier de la Formation Continue. Afin d'améliorer leurs compétences, de s'adapter à l'évolution des techniques de soin et du matériel et de favoriser leur promotion professionnelle.

Article 81 - Droit à une rémunération et à la protection sociale

Tout agent a droit, après service fait, à une rémunération, ainsi qu'à une protection sociale (retraite, accident de travail et maladies professionnelles), et à des congés conformément à la réglementation en vigueur.

Article 82 - Arrêt maladie

Toute absence pour maladie ou accident doit être signalée au plus vite. Un certificat médical doit être envoyé dans les 48 heures à la Direction des Ressources Humaines du GHPSO.

Article 83- Droit au cumul d'activités

Textes de référence

FP/3 n°2446 du 13 janvier 2005

Circulaire n°2157 du 11 mars 2008 relative au cumul d'activité des agents publics

Circulaire DGOS/RH3/2012/435 du 26 décembre 2012 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière

Un fonctionnaire ou contractuel doit consacrer l'intégralité de son activité professionnelle à son emploi dans la fonction publique. Toutefois, il peut être autorisé, sous certaines conditions, à exercer d'autres activités (lucratives ou non) à titre accessoire.

L'agent peut sans autorisation :

- détenir des parts sociales et percevoir des bénéfices qui s'y rapportent
- gérer son patrimoine
- créer des œuvres de l'esprit (œuvres littéraires, photographiques etc.) à condition de respecter les règles relatives aux droits d'auteur et les obligations de secret et de discrétion professionnels
- exercer une activité bénévole pour des personnes publiques ou privées sans but lucratif
- exercer une profession libérale découlant de la nature de ses fonctions, s'il est personnel enseignant, technique ou scientifique d'un établissement d'enseignement et ou personnel pratiquant une activité artistique.

L'agent qui envisage d'exercer une activité accessoire soumise à autorisation doit en faire la demande par écrit à son administration qui en accuse réception.

Les activités liées à une charge électorale donnent droit, sous réserve des nécessités de service, à une décharge de temps dont l'ampleur dépend de la collectivité concernée. Les élus doivent informer par écrit le Directeur du GHPSO. Le temps d'absence n'est pas payé par le GHPSO mais il est assimilé à une durée de travail effective pour la détermination des congés payés ainsi qu'au regard de tous les droits découlant de l'ancienneté.

Article 84- Disponibilité

Textes de référence

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 relative au statut de la fonction publique hospitalière (FPH)

Décret n°85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime de certaines positions des fonctionnaires de l'État et à certaines modalités de mise à disposition et de cessation définitive de fonctions : Articles 42 à 51

Décret n°86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadre, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux : Articles 18 à 27, 34-1

Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers : Articles 28 à 39

Il y a disponibilité lorsque l'agent est placé, provisoirement, hors de son établissement et qu'il cesse de bénéficier de ses droits à l'avancement et à la retraite. Il existe différents types de disponibilité :

Disponibilité sur demande

Les mises en disponibilité effectuées à la demande du fonctionnaire sont accordées de droit ou sous réserve des nécessités de service.

- Disponibilités de droit

La mise en disponibilité est accordée de droit au fonctionnaire qui en fait la demande pour les motifs suivants :

Elever un enfant de moins de 8 ans (renouvelable par période de 3 ans maximum), donner des soins à un enfant à charge, au conjoint ou partenaire pacsé ou à un ascendant à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce

personne (renouvelable par période de 3 ans maximum), Suivre son conjoint ou son partenaire pacsé tenu de déménager dans un lieu éloigné pour des raisons professionnelles (renouvelable par période de 3 ans maximum), se rendre en outre-mer ou à l'étranger en vue de l'adoption d'un ou plusieurs enfants (6 semaines maximum), exercer un mandat d'élu local dans les fonctions publiques d'État et territoriale(durée du mandat), rechercher un nouvel emploi en cas de suppression de l'emploi précédent et en l'absence de reclassement dans la fonction publique hospitalière (renouvelable par période de 3 ans maximum)

- Disponibilités sous réserve des nécessités du service

La mise en disponibilité peut être accordée, sauf nécessités de service, au fonctionnaire qui en fait la demande pour les motifs suivants :

- Convenances personnelles (renouvelable par période de 3 ans maximum dans la limite de 10 ans sur l'ensemble de la carrière)

- Études ou recherches présentant un intérêt général (renouvelable par période de 3 ans maximum, une seule fois)

- Créer ou reprendre une entreprise (2 ans maximum)

- Exercer une activité dans un organisme international (3 ans renouvelable une fois)

La demande d'octroi ou de renouvellement du congé doit être présentée un mois à l'avance. A l'issue du congé, l'agent est réemployé dans les conditions définies aux articles 30 et 31 du Décret 2010-19 du 6 janvier 2010.

L'agent doit adresser une demande de réemploi par lettre recommandée au moins un mois avant le terme du congé. Faute d'une telle demande l'agent est considéré comme démissionnaire.

Disponibilités d'office

Le fonctionnaire qui a refusé successivement 3 offres d'emploi public fermes et précises correspondant à son grade et à son projet personnalisé d'évolution professionnelle, est placé en disponibilité d'office.

On distingue :

- Disponibilité d'office pour raisons de santé

Le fonctionnaire peut être placé en disponibilité d'office, après avis du comité médical ou de la commission de réforme, lorsqu'il a épuisé ses droits à congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée et qu'il ne peut pas être reclassé dans l'immédiat, en raison de son état de santé.

- Disponibilité d'office en attente de réintégration

Le fonctionnaire peut être placé en disponibilité d'office à l'issue d'un détachement, d'une disponibilité sur demande ou d'une mise hors cadres, en l'absence d'emploi vacant ou en cas de refus de l'emploi proposé.

- Disponibilité à l'issue d'une réorientation professionnelle

Contrôle de l'administration

Le fonctionnaire mis en disponibilité doit justifier à tout moment que son activité (par exemple, études) ou sa situation (par exemple, maladie du conjoint) correspond réellement aux motifs

pour lesquels la disponibilité lui a été accordée. L'administration peut faire procéder à des enquêtes.

Article 85– Droit à la mobilité

Textes de référence

Loi 86-33 du 9 janvier 1986, articles 51 et suivants

Décret n°2008-370 du 18 avril 2008 organisant les conditions d'exercice des fonctions, en position d'activité, dans les administrations de l'État

Circulaire du 19 novembre 2009 relative aux modalités d'application de la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique

Circulaire n°2179 du 28 janvier 2009 relative aux conditions d'exercice des fonctions, en position d'activité, dans les administrations de l'État

• Le détachement

Le détachement est la position du fonctionnaire placé hors de son corps d'origine ou de son emploi d'origine, mais continuant à bénéficier dans ce corps ou cet emploi, de ses droits à l'avancement et à la retraite. L'agent est rémunéré par l'établissement d'accueil.

Les agents titulaires peuvent être détachés sur leur demande, pour exercer leurs fonctions dans une autre structure. Il existe plusieurs types de détachement. Le détachement peut être de courte durée (6 mois non renouvelables) ou de longue durée (5 ans renouvelables).

• La mutation pour changement d'établissement

C'est la possibilité pour tout fonctionnaire d'être recruté dans un autre établissement tout en conservant sa qualité de fonctionnaire. Elle passe par une démission de son établissement d'origine.

Article 86 – Droit au reclassement

Texte de référence

Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

Lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du médecin du travail (dans l'hypothèse où l'état du fonctionnaire n'a pas nécessité l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical, si un tel congé a été accordé) peut affecter ce fonctionnaire dans un poste de travail correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions.

Dans le cas où l'état physique d'un fonctionnaire, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, l'intéressé peut présenter une demande de reclassement dans un emploi relevant d'un autre grade de son corps ou dans un emploi relevant d'un autre corps.

L'autorité investie du pouvoir de nomination recueille l'avis du comité médical départemental.

Article 87 – Clause de conscience

Textes de référence

Articles L. 2212-8 et L. 2123-1 du Code de la santé publique

Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

Loi no 2001-588 du 4 juillet 2001

Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

Cas spécifique de l'IVG

L'article L. 2212-8 du Code de la santé publique consacre expressément la clause de conscience du médecin en précisant qu'« un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ». Cependant, la faculté offerte au médecin d'opposer la clause de conscience ne doit pas constituer une entrave à la pratique de l'IVG. La loi impose donc au praticien qui refuse d'exécuter un tel acte d'informer sans délai la femme de sa décision et de lui communiquer immédiatement le nom des « praticiens susceptibles de réaliser cette intervention».

Clause de conscience du chef de service d'un établissement public de santé

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception supprime la possibilité reconnue par l'ancien article L. 2212-8 du Code de la santé publique aux chefs de service des établissements publics de santé de s'opposer à ce que les IVG soient pratiquées dans leur service.

Stérilisation à visée contraceptive

Une clause permet aux seuls médecins d'objecter une clause de conscience aux cas de stérilisation à visée contraceptive, à la suite de la loi du 4 juillet 2001 : « Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation » (Article L2123-1 du code de la santé publique).

Article 88 – Cellule des risques psychosociaux

La cellule des risques psychosociaux du GHP SO a pour objectif de prévenir lesdits risques. Elle est composée d'un psychologue du travail, d'un temps d'assistante sociale et d'un temps de cadre.

SECTION 2 – OBLIGATIONS DES AGENTS DU GHP SO.

1 - OBLIGATIONS A L'EGARD DES USAGERS

Article 89 – Devoir d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles du secret professionnel et de leur obligation de discrétion et de réserve.

Textes de référence

Articles 226-13 et 226-14 du code pénal

Article L1110-4 du code de la santé publique

Article R.4127-4 du code de la santé publique

Toute personne prise en charge au sein du GHPSO a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tous les membres du personnel du GHPSO et toute autre personne ou organisme en relation, de par ses activités, avec le GHPSO. Le secret professionnel est protégé par l'article 226-13 du code pénal. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Le secret professionnel fait l'objet de dérogations. Il n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret notamment :

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
- Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet de l'Oise du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

En outre, les fonctionnaires en exercice au GHPSO et les médecins chefs de service en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le Directeur du Centre hospitalier.

Article 91 – Obligation de neutralité et de réserve

Texte de référence

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 relative au statut de la fonction publique hospitalière (FPH)

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées une réserve compatible avec la nature de ses fonctions.

Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leur famille.

Article 92- Accueil et respect du libre choix des proches du patient

Les proches doivent être accueillis et informés avec tact et ménagement, en toutes circonstances. L'information est donnée en priorité à la personne hospitalisée puis, avec son accord, à la personne de confiance.

Le libre choix des patients doit être rigoureusement respecté lorsque ceux-ci désirent faire appel pour la sortie à des entreprises privées de transport sanitaire, des opérateurs funéraires, etc.

2 - OBLIGATIONS A L'EGARD DE L'ETABLISSEMENT

Article 93 – Obligation de se consacrer totalement à sa fonction

Hors situation de cumul d'activité encadré et visé à l'article 84, tout agent du GHPSO a pour obligation de se consacrer totalement à sa fonction. Ce principe signifie que toute l'activité professionnelle à temps plein de l'agent est centrée sur l'exercice des tâches qui lui sont confiées, qu'il ne peut exercer aucune activité professionnelle privée et lucrative, qu'il ne peut avoir des intérêts directs ou indirects dans une entreprise en relation avec son administration et de nature à compromettre son indépendance.

Article 94 – Respect de la présence au travail

Les agents du GHPSO doivent respecter les horaires de travail.

Tout retard doit être justifié auprès du cadre du service.

Article 95 – Exécution des instructions reçues

Tout agent du GHPSO, 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 serait 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 d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire 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.

Article 96 – Obligation de désintéressement

Les membres du personnel du GHPSO ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, dans une entreprise en relation avec le GHPSO, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance.

Article 97 – Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les agents du GHPSO ont pour obligation de respecter les règles d'hygiène et de sécurité en vigueur au sein du GHPSO et inhérentes à la vie hospitalière.

Ils ont également pour obligation de respecter les locaux et le matériel mis à leur disposition.

Article 98 – Obligation de respecter les patients et les collègues

Tout agent doit respecter aussi bien les patients que ses collègues. Il s'agit du respect des croyances, des valeurs, de la culture, des convictions politiques, de la fonction et des attributions des autres agents. Il doit avoir une attitude loyale et bienveillante à l'égard de ses collègues. Il a un devoir d'entraide professionnelle.

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.

La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite.

Article 99 – Dépôt argent et valeurs confiés par les malades ou trouvés

Les objets doivent être déposés auprès du service des admissions après inventaire.

Aucun agent du Centre hospitalier ne doit conserver des dépôts d'argent, des objets, documents ou valeurs confiés par des malades. Ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du service des admissions du GHPSO. En dehors des heures d'ouverture du service des admissions, ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés auprès du cadre de nuit. Si le patient refuse de déposer ces objets, il signe une décharge. Le membre du personnel qui a fait l'inventaire signe.

Les consignes réglementant le dépôt des biens dans l'enceinte du GHPSO sont relatées à l'article 45 « Règles de vie collective » du présent règlement intérieur.

Article 100 – Obligation relative à la tenue vestimentaire et au port d'un badge

Toutes les personnes appelées à travailler dans les services du GHPSO 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. L'agent la restitue à la lingerie à son départ définitif.

Toutefois, le port des vêtements de travail est interdit dans le restaurant du personnel et à l'extérieur des sites du GHPSO.

En application du principe de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics, il est interdit au personnel dans l'exercice de ses fonctions de manifester son appartenance à une religion quelle qu'elle soit, notamment par une extériorisation vestimentaire.

La lingerie met à la disposition de l'agent recruté un trousseau de tenues de travail.

L'établissement assurant la phase de blanchisserie, l'entretien des tenues n'est en aucun cas à la charge de l'agent.

Tout agent est identifié au moyen d'un badge unique. L'agent doit être identifiable en permanence. Le badge est remis gratuitement à chaque agent lors de son arrivée par la Direction des Ressources Humaines. En cas de perte son remplacement est facturé.

Ce badge comporte : le nom de l'agent, le métier, le service, le n° de matricule, une photo. Les codes couleurs des badges sont les suivants :

- liseré rouge : personnel médical, sage-femme
- liseré vert : personnel administratif, technique et logistique
- liseré bleu : personnel soignant et sociaux-éducatif et médico-technique
- liseré blanc : élèves et stagiaires.

Article 101 – Contrôle d'accès

Tout agent du GHP SO doit venir travailler avec son badge d'identification, ceci pour des raisons de sécurité. En effet, le badge permettra d'identifier l'agent concerné et de limiter certains accès aux personnes autorisées.

Il est interdit à tout agent du GHP SO de faire pénétrer des personnes extérieures à l'établissement dans des lieux dont l'accès est limité.

Article 102 – Obligation de se présenter aux visites de la médecine du travail

Texte de référence

Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.
--

Avant son arrivée, tout agent recruté doit prendre rendez-vous auprès de la médecine du travail pour une visite médicale d'embauche obligatoire. Cette visite permet de constituer le dossier médical, identifier l'aptitude au poste de travail envisagé, s'assurer que l'agent n'est porteur d'aucune affection et de vérifier la situation vaccinale.

La non présentation aux visites médicales peut entraîner une suspension de traitement.

La législation prévoit des visites médicales périodiques, des visites de reprise après maladie professionnelle, accident du travail, congés de maternité, disponibilité, absence d'au moins 21 jours, visites de mise en stage ou de titularisation.

Le médecin du travail peut convoquer tout agent pour une visite de surveillance, une analyse d'accident du travail.

La législation prévoit des visites médicales périodiques (la période de droit commun est d'un an) et des règles spécifiques pour certaines catégories de personnel. La visite au médecin du travail s'effectue sur le temps de travail.

Les examens liés au suivi de la médecine du travail sont pris en charge par l'établissement.

Article 103 – Obligation relative à la sécurité

Les agents du GHPSO sont tenus d'utiliser les moyens réglementaires de protection mis à leur disposition par l'employeur.

Conformément aux Art. R232-12-20 et 21 du code du travail, « toute personne apercevant un début d'incendie doit donner l'alarme et mettre en œuvre les moyens de premiers secours sans attendre l'arrivée du personnel spécialement désigné. Le personnel doit apprendre à reconnaître les caractéristiques du signal d'alarme générale, à se servir des moyens de premiers secours et à exécuter les diverses manœuvres nécessaires. Ces exercices et essais périodiques doivent avoir lieu au moins tous les six mois".

Article 104 – Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation de stupéfiants

Il est interdit de fumer dans les services et bâtiments du Centre Hospitalier (cf. article 44 « Règles de vie collective » du présent règlement intérieur), y compris les escaliers et sorties de secours, ainsi que dans les véhicules de transport. Les fumeurs, aussi bien patients que personnel, ne sont autorisés à fumer que dans les lieux extérieurs spécifiquement dédiés à leur intention et marqués par la présence d'un cendrier et d'une poubelle.

La consommation de boissons alcoolisées est interdite sauf dans des circonstances exceptionnelles et avec l'accord de la Direction. Il est interdit de pénétrer au sein du GHPSO sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants. Les agents pourront être soumis à un éthylotest en cas de doute et il peut être demandé à l'agent de cesser de travailler. Le contrôle sera effectué par un ou des agents habilités, désignés par la direction de l'établissement. L'agent concerné pourra exiger que le contrôle s'effectue en présence d'un membre du personnel de son choix et qu'une contre-expertise sur son état soit réalisée.

Les contrevenants s'exposent à des sanctions.

Article 105 – 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.

Article 106 – Obligations en cas de départ

Avant de quitter l'établissement, tout agent doit s'acquitter des formalités suivantes:

- mettre à jour son dossier administratif auprès du référent à la Direction des Ressources Humaines,
- restituer son badge d'identification à la Direction des Ressources Humaines,
- restituer son trousseau de tenues à la lingerie,
- restituer les clés qui lui ont été confiées à son supérieur hiérarchique,
- vider sa boîte de courrier électronique et en demander la suppression à la direction informatique

Le vestiaire doit être vidé et mis à disposition.

Article 107 – Règlement intérieur et intervenants extérieurs

Les intervenants extérieurs sont soumis aux règles en vigueur au sein de l'établissement même s'ils sont placés sous la responsabilité de leur employeur.

Article 108 – Manifestations dans l'enceinte du GHPSO

Toute manifestation dans l'enceinte du GHPSO est soumise à autorisation du Directeur.

SECTION 3 – SANCTIONS ET DISCIPLINE

Article 109 – Abandon de poste

Texte de référence

Circulaire n°463/FP du Premier ministre du 11 février 1960 relative à l'abandon de poste par un fonctionnaire

Il y a abandon de poste lorsqu'un agent de la fonction publique (fonctionnaire ou contractuel) s'absente de manière prolongée, sans raison et sans autorisation. L'abandon de poste pourra être prononcé par le Directeur. L'abandon de poste constitue un motif de licenciement, après une mise en demeure. Il est considéré comme une rupture volontaire du lien de travail, et n'ouvre donc pas droit aux allocations chômage pour perte involontaire d'emploi.

Article 110 – Sanction disciplinaire

Textes de référence

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (Loi dite loi Le Pors)

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 relative au statut de la fonction publique hospitalière (FPH) : Articles 81 à 84

Des sanctions disciplinaires peuvent être infligées en cas de faute ou de manquement aux devoirs et obligations. L'agent est informé de ses droits à prendre communication de son dossier administratif et de se faire assister par un ou plusieurs défenseurs de son choix pendant toute la durée de la procédure, conformément au principe du contradictoire et des droits de la défense.

Celles-ci sont réparties en 4 groupes :

1^{er} groupe	Avertissement – Blâme
2^{ème} groupe	Radiation du tableau d'avancement – Abaissement d'échelon – Exclusion temporaire pour une durée maximale de 15 jours.
3^{ème} groupe	Rétrogradation – Exclusion temporaire de 3 mois à 2 ans.
4^{ème} groupe	Mise à la retraite d'office – Révocation.

Les sanctions disciplinaires autres que l'avertissement et le blâme sont prononcées après avis du conseil de discipline ; lequel siège de façon paritaire en composition restreinte.

Article 111 – Responsabilité civile du personnel

Texte de référence

Art. 1382 et 1383 du code civil

Il s'agit de l'obligation de réparer, d'un point de vue financier, les dommages que l'on a pu causer à autrui. Le GHP SO protège chaque agent de toute poursuite en action (soit devant les juridictions civiles, ou pénales). C'est donc l'hôpital qui va prendre à sa charge, par l'intermédiaire de son assurance, toutes les conséquences financières des actes fautifs ou non qui ont été réalisés par des agents hospitaliers.

Cette protection est totale, elle joue en effet pour tous les actes qui peuvent se rattacher à l'exercice normal de la profession.

Cependant, cette protection peut disparaître dans plusieurs hypothèses et notamment si les actes incriminés peuvent être "détachés" de l'exercice normal de la profession. Ils sont alors considérés comme des fautes personnelles.

En pratique, la personne qui a subi le dommage obtiendra réparation de l'hôpital. Celui-ci peut se retourner contre le fautif pour obtenir le remboursement de tout ou partie des sommes versées dans une action récursoire.

Article 112 – Responsabilité pénale du personnel

La responsabilité pénale est strictement personnelle et individuelle.

Personne ne peut s'interposer entre un agent et sa responsabilité pénale, ni l'établissement, ni un responsable hiérarchique.

La recherche d'une responsabilité pénale intervient le plus souvent après une plainte de la victime ou de sa famille déposée devant le procureur de la République. Cette plainte sera alors instruite, une enquête sera diligentée, avant que l'affaire ne soit portée devant la juridiction compétente, le cas échéant.

SECTION 4 – VIE AU TRAVAIL

Article 113 – Restaurant du personnel

Tout agent a la possibilité de prendre ses repas au restaurant du personnel.

Pour bénéficier des tarifs réservés au personnel, l'agent doit présenter lors du passage en caisse avec le plateau repas, le badge qui lui a été remis le jour de son recrutement par la Direction des Ressources Humaines. Cette carte est strictement personnelle.

Le coût des repas est automatiquement prélevé sur le salaire de l'agent si celui-ci a rempli le coupon d'autorisation de prélèvement à remettre à la Direction des Ressources Humaines et dans le cas contraire, il doit avoir alimenté son compte.

La tenue de ville est exigée au self.

Article 114 – Centre de documentation

Un centre de documentation pluridisciplinaire met à la disposition du personnel :

- des revues,

- des ouvrages professionnels,
- des dossiers thématiques.

L'accès au centre de documentation est libre et gratuit pour le personnel.

Article 115 – Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS)

Le CGOS élabore et met en place diverses formes d'aides individuelles ou collectives servies à l'occasion des événements de la vie civile, familiale ou professionnelle.

Les prestations peuvent être :

- Forfaitaires, c'est-à-dire ouvertes à tous sans condition de ressources,
- Variables selon les ressources du foyer et sa composition.

Il permet de percevoir tout au long de l'année :

- des prestations :
- des aides remboursables (ou non) pour faire face à des contraintes ponctuelles :
- des activités culturelles, sportives et de loisirs :

Les agents titulaires ou stagiaires employés à temps plein ou à temps partiel peuvent bénéficier des prestations du CGOS sans condition d'ancienneté.

En revanche, les contractuels, les emplois aidés et les apprentis doivent être employés à temps plein ou à temps partiel avec au minimum 50% d'activité et 6 mois d'ancienneté effective dans un ou plusieurs établissement(s) de la fonction publique hospitalière adhérant au CGOS pour pouvoir bénéficier des prestations.

Les retraités d'un établissement de soins adhérant au CGOS ont également le droit de bénéficier de certaines de ces actions et prestations sociales.

Article 116 – Vie associative du GHPSO

Textes de référence

Loi du 1^{er} juillet 1901

Article 1108 du Code civil

La loi du 1^{er} juillet 1901 prévoit que les statuts d'une association doivent contenir « les règles d'organisation et de fonctionnement de l'association et de ses établissements, ainsi que la détermination des pouvoirs des membres chargés de l'administration ou de la direction » (article 11). L'association est en droit une personne morale qui doit à ce titre respecter certaines règles. Ainsi, nul ne peut faire partie d'une association s'il n'a pas donné son consentement exprimé d'une façon qui ne peut prêter à confusion. Le consentement doit être réciproque et doit concerner des personnes en capacité de contracter. Une association doit respecter le principe de l'interdiction de partager des bénéfices entre ses membres. Enfin, l'article 3 de la loi de 1901 déclare nulle « toute association fondée sur une cause ou en vue d'un objet illicite, contraire aux lois, aux bonnes mœurs, ou qui aurait pour but de porter atteinte à l'intégrité du territoire national et à la forme républicaine du gouvernement ».

Les modalités d'exercice d'une association au sein du GHPSO doivent être autorisées par une convention signée par le Directeur. Pour être légale, une association doit également être enregistrée en préfecture.

Article 117 – Interprétariat

Pour les besoins des patients, il peut être fait appel à des agents du GHPSO qui ont déclaré des aptitudes dans le langage des signes ou dans certaines langues étrangères. Le recours à ces agents se fait sur la base du volontariat.

CHAPITRE IV : REGLES DE CIRCULATION DANS L'ENCEINTE DES DEUX SITES DU GHPSO

Article 118 – Respect de la signalisation

Les dispositions du Code de la Route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte des sites de Creil et de Senlis.

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

Article 119 – Parking et stationnement

Les véhicules du personnel peuvent être garés sur le parking réservé accessible avec un badge. La demande d'autorisation doit être faite auprès des services de sécurité du GHPSO.

Les patients disposent également d'un parking qui leur est dédié.

Il existe un dépôt minute sur le site de Creil et de Senlis. Une navette effectuant des rotations pendulaires peut également assurer une liaison régulière pour les agents se signalant intéressés, aux horaires de journée.

Le stationnement est réglementé dans l'établissement.

Il est strictement interdit de se garer :

- sur les voies d'accès réservées aux véhicules des pompiers ou véhicules d'urgence
- sur les aires de stationnement réservées à certains personnels (emplacement pour personne handicapée notamment).
- dans la cour logistique
- d'une manière générale sur tous les endroits où la signalisation le précise

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

Article 120 – Règles d'utilisation des véhicules par le personnel

Tout agent qui souhaite utiliser les véhicules dédiés au personnel doit en faire la demande. Ces véhicules sont dédiés à un usage uniquement professionnel.

Une fois l'autorisation obtenue et le véhicule utilisé, son conducteur devra remplir le tableau de bord kilométrique qui a été remis dans la sacoche contenant les clés du véhicule. Il devra également faire le plein avec la carte dédiée.

Est considéré comme conducteur toute personne utilisant un véhicule du centre hospitalier en permanence ou occasionnellement.

Tout conducteur doit être titulaire du ou des permis de conduire réglementaire(s) valide, ou titre requis à cet effet nécessaire au transport de personnes.

Tout conducteur doit signaler impérativement à la Direction, toute suspension de permis de conduire.

Tout conducteur doit posséder un taux d'alcoolémie égal à 0 pour le transport de personnes. D'autre part, il ne doit pas conduire sous l'influence de produits illicites ni utiliser un téléphone portable en conduisant.

Tout conducteur doit adapter sa vitesse et sa conduite aux conditions routière et atmosphérique existantes. Il doit respecter les règles du Code de la Route, qu'il soit en VSL ou en véhicule SMUR (ex. : priorité, signalisation, ligne continue, vitesse, ...). Pour la sécurité des conducteurs et pour l'amélioration de l'image de l'hôpital, les conducteurs sont encouragés à avoir une attitude courtoise et responsable.

Article 121– Règles concernant les chauffeurs-livreurs du GHPSO

Les chauffeurs-livreurs recrutés par le GHPSO devront montrer l'original de leur permis de conduire à la Direction des Ressources Humaines, qui en fera une copie pour classement au dossier.

Une fois ces vérifications faites lors du recrutement du salarié, le GHPSO pourra vérifier si les conditions nécessaires à l'embauche du salarié demeurent remplies en cours d'exécution du contrat de travail. Cela doit se faire dans le respect du principe général du droit au respect de la vie privée de ce dernier. Le contrat de travail des agents ou salariés pourra prévoir une clause prévoyant l'obligation de justifier être toujours en possession d'un permis de conduire ainsi que l'obligation de signaler à l'hôpital la perte éventuelle du permis de conduire.

Afin de permettre au conducteur d'assurer son travail dans les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité, le GHPSO incitera ses agents à suivre les formations adaptées et spécifiques en relation avec leurs responsabilités, leur fonction ou les situations atmosphériques qu'ils pourraient rencontrer, dans le cadre du plan de formation annuel.

La Direction se réserve le droit d'engager une procédure disciplinaire pour toute attitude, ou comportement qui lui aurait été signalé comme inapproprié ou irresponsable ou contraire au présent article.

Article 122 – Responsabilité du GHPSO

La responsabilité du GHPSO n'est pas engagée en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicules ou de dégradations.

Article 123 – Utilisation du véhicule personnel pour les besoins de service

Tout agent envoyé en mission doit être muni au préalable d'un ordre de mission signé par la Direction.

Les agents peuvent être autorisés, par le directeur de l'établissement, à utiliser leur véhicule personnel pour les besoins du service sous réserve que les intéressés satisfassent aux conditions prévues en matière d'assurance (détenition d'une police d'assurance garantissant de manière illimitée la responsabilité de l'agent). Dans les cas d'utilisation du véhicule personnel, l'agent n'a droit à aucune indemnisation pour les dommages subis par son véhicule ou au titre d'un supplément d'assurance motivé par un accident. L'agent est responsable de tous dommages causés à son véhicule personnel dans l'exercice de ses fonctions.

L'agent autorisé à utiliser son véhicule personnel pour les besoins du service peut être indemnisé de ses frais de transport selon la réglementation en vigueur.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS GENERALES

Article 124 – Objet et champ d'application du présent règlement intérieur

Conformément à l'article L1321-1 du code du travail le présent règlement intérieur fixe exclusivement :

- Les mesures d'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité, notamment les instructions prévues à l'article L. 4122-1 ;
- Les conditions dans lesquelles les salariés peuvent être appelés à participer, à la demande du Directeur au rétablissement de conditions de travail protectrices de la santé et de la sécurité des salariés, dès lors qu'elles apparaîtraient compromises ;
- Les règles générales et permanentes relatives à la discipline, notamment la nature et l'échelle des sanctions que peut prendre le Directeur.

Le règlement intérieur rappelle :

- Les dispositions relatives aux droits de la défense des salariés définis aux articles L. 1332-1 à L. 1332-3,
- Les dispositions relatives aux harcèlements moral et sexuel prévues par le présent code.

Le règlement intérieur s'applique :

- à tous les agents du GHPSO en quelque endroit qu'ils se trouvent (lieu de travail, parking, restauration, etc.),
- aux intérimaires, aux stagiaires et aux élèves présents au sein du GHPSO,
- aux représentants du personnel sous réserve des conditions et modalités fixées par la législation pour l'exercice de leurs mandats.

Pour une meilleure information, le règlement intérieur pourra être communiqué à chaque nouveau salarié, lors de son arrivée, afin qu'il en prenne connaissance.

Article 125 – Approbation du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a été arrêté par le Directoire en date du -----

Il a été soumis, pour consultation :

- au Comité Technique d'Etablissement en date du -----
- à la Commission Médicale d'Etablissement, en date du -----
- au Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) en date du -----

Pour avis :

- au Conseil de Surveillance en date du -----

Pour information :

- à la Commission des Soins Infirmiers Rééducation Médico-Techniques (CSRIMT) en date du ----
- à la Commission de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge (CRUQPC) en date du ----

Article 126 – Mise à disposition du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée, qui peut en prendre connaissance auprès de la Direction du GHPSO.

Article 127 – Mise à jour du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour, en tant que de besoin, si des textes nouveaux le modifiant au fond, étaient publiés.