

Groupement Hospitalier de Territoire

GHT PARIS

Psychiatrie & Neurosciences

Règlement intérieur des établissements
membres



Groupement Hospitalier de Territoire Paris
Psychiatrie & Neurosciences

Table des matières

Partie I : Dispositions générales	6
Chapitre 1 : Les instances dirigeantes	6
Article 1 : Le conseil de surveillance	6
Article 2 : Le directoire	6
Chapitre 2 : Les instances représentatives du personnel.....	6
Article 3 : La Commission Médicale d’Etablissement	6
Article 4 : Le Comité Technique d’Etablissement	7
Article 5 : Le Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.....	7
Article 6 : La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques	7
Article 7 : Les Commissions administrative paritaires.....	8
Chapitre 3 : Organisation des activités cliniques et médico-techniques	8
Article 8 : Organisation en pôle.....	8
Article 9 : Conseil de pôle.....	8
Chapitre 4 : Place des usagers.....	9
Article 10 : La Commission Des Usagers	9
Article 11 : Relations avec les usagers.....	10
Chapitre 5 : Certification et publication des indicateurs qualité.....	11
Article 12 : Certification.....	11
Article 13 : Publication des indicateurs	11
Chapitre 6 : Dispositions relatives à la sécurité.....	11
Section 1 : Règles de sécurité générales	11
Article 14 : Opposabilité	11
Article 15 : Accès à l’établissement.....	11
Article 16 : Matériels de sécurité et vidéosurveillance	12
Article 17 : Rapport avec des autorités judiciaires.....	12
Article 18 : Rapport avec les autorités de police.....	12
Article 19 : Circonstances graves et exceptionnelles	12
Section 2 : Circulation et stationnement.....	13
Article 20 : Voirie hospitalière.....	13
Article 21 : Règles de circulation	13
Article 22 : Signalisation et sanction	13
Article 23 : Responsabilité	13
Partie II : Dispositions relatives aux usagers	14

Chapitre 1 : Admission.....	14
Article 24 : L'admission des majeurs en psychiatrie	14
Article 25: L'admission des mineurs en psychiatrie	14
Article 26 : L'admission à Neuro-Sainte-Anne.....	14
Chapitre 2 : Séjour.....	15
Article 27 : Identitovigilance.....	15
Article 28: La mise en isolement et le recours à la contention	15
Article 29 : Soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie	15
Article 30 : Recherches médicales et enseignement clinique	15
Article 31 : Moyens de communication	16
Article 32 : Divertissement (radio – télévision).....	16
Article 33 : Repas.....	16
Article 34 : Déplacements dans l'enceinte de l'établissement	17
Article 35 : Visites	17
Article 36 : Présence de tiers dans l'établissement.....	17
Article 37 : Animaux domestiques.....	17
Article 38 : Mesure de protection juridique des majeurs	17
Article 39 : Communication des informations de santé	18
Article 40 : Informatiques et liberté	18
Chapitre 3 : Sortie.....	18
Section 1 : Dispositions générales	19
Article 41 : Documents remis au patient : bulletin de sortie	19
Article 42 : Continuité des soins : courrier de liaison et compte-rendu d'hospitalisation.....	19
Section 2 : Dispositions relatives à la fin de vie et au décès	19
Article 43 : Dispositions relatives à la fin de vie et au décès	19
Partie III : Dispositions relatives aux usagers et au personnel	20
Article 44 : Droit à l'information du patient et de ses proches.....	20
Article 45 : Confidentialité.....	20
Article 46 : Inventaire et dépôts des objets et valeurs	21
Article 47 : Dépôts et dons au personnel	21
Article 48 : Respect des personnes et des biens	21
Article 49 : Laïcité	22
Article 50 : Tabac et cigarette électronique	22
Article 51 : Médicaments, denrées alimentaires, alcool et substances interdites	22

Médicaments :	22
Alcool et substances interdites :	23
Partie IV : Dispositions relatives au personnel	23
Chapitre 1 : Principes fondamentaux liés au respect de l'utilisateur	23
Article 52 : Secret professionnel et médical.....	23
Article 53 : Obligation de réserve et de discrétion professionnelle	23
Article 54 : Sollicitude envers les patients.....	24
Chapitre 2 : Principes de la bonne conduite professionnelle.....	24
Article 55 : Obligation de désintéressement.....	24
Article 56 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative.....	24
Article 57 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces.....	24
Article 58 : Exécution des instructions reçues.....	24
Article 59 : Information du supérieur hiérarchique	24
Article 60 : Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé	25
Article 61 : Obligation de signalement d'un événement indésirable	25
Article 62 : Témoignage en justice	25
Article 63 : Protection fonctionnelle	25
Article 64 : Assiduité et ponctualité	25
Article 65 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité.....	25
Article 66 : Identification des personnels.....	26
Article 67 : Lutte contre le bruit	26
Chapitre 3 : Expression des personnels.....	26
Article 68 : Droit syndical.....	26
Article 69 : Droit de grève	26
Article 70 : Expression individuelle des personnels	26
Partie IV : Dispositions diverses.....	26
Article 71 : Publicité du règlement intérieur d'établissement	26
Article 72 : Révision du règlement intérieur d'établissement	27
Annexe 1.....	28
Annexe 2.....	29

En 2012, cinq établissements dédiés au service public pour la santé mentale des parisiens ont constitué la Communauté Hospitalière de Territoire pour la psychiatrie parisienne :

- trois établissements sont membres fondateurs : le Centre Hospitalier Sainte Anne, l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche et le Groupe Public de Santé Perray Vaucluse,
- deux établissements sont membres associés : les Hôpitaux de Saint-Maurice et l'ASM13.

Au 1^{er} juillet 2016, cette communauté est devenue le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Paris – Psychiatrie & Neurosciences (site internet : www.gh-t-paris.com).

Elle vise, sur le territoire parisien, à une organisation concertée et graduée pour assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et fluide.

Chaque établissement membre fondateur conserve son autonomie juridique et prend en charge les patients des secteurs psychiatriques parisiens suivants :

- le Centre Hospitalier Sainte Anne dessert le territoire géographique des 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} et est doté d'un pôle neurosciences accessible à l'ensemble des franciliens,
- l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche couvre le territoire géographique des 8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements,
- le Groupe Public de Santé Perray Vaucluse contribue à la prise en charge au long cours des patients parisiens, tant sur le plan psychiatrique que médico-social.

Lesdits établissements de santé sont engagés dans une politique de limitation des mesures restrictives de liberté conformément à la charte en faveur de la bientraitance, figurant en annexe du règlement intérieur d'établissement.

Le présent règlement intérieur, applicable aux trois établissements susmentionnés, s'appuie sur le code de la santé publique et autres textes régissant les établissements publics de santé. Il ne reprend pas la totalité du dispositif réglementaire mais répond à un double objectif :

- informer les patients et leur entourage et rappeler aux personnels les grandes règles de fonctionnement,
- mettre en place des règles pour lesquelles le législateur a accordé une autonomie d'organisation (composition d'instances, modalités d'organisation fonctionnelle des activités cliniques et médico-techniques).

Le présent règlement est complété sur certains aspects par divers documents, dont le livret d'accueil et les procédures qualité relatives à la prise en charge des patients.

Sur un plan pratique, le présent règlement sera consultable sur demande, et sur les sites internet des établissements.

Pour les personnels, il est consultable sur intranet avec un lien pour accéder aux procédures concernées.

Partie I : Dispositions générales

En parallèle des instances du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, chaque établissement membre du GHT conserve ses instances respectives, dont les attributions sont explicitées ci-dessous.

Chapitre 1 : Les instances dirigeantes

Article 1 : Le conseil de surveillance

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

Il se réunit au moins quatre fois par an.

Le secrétariat du Conseil de surveillance est assuré à la diligence du Directeur.

Le conseil est convoqué par lettre signée du Président, accompagnée de l'ordre du jour et des documents disponibles afin d'éclairer les délibérations prises.

Article 2 : Le directoire

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

La concertation préalable aux décisions du Directeur se déroule à l'initiative de ce dernier et selon des modalités qu'il définit.

Chapitre 2 : Les instances représentatives du personnel

Article 3 : La Commission Médicale d'Etablissement

Composition :

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement, et plus précisément leur annexe respective, qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

La commission médicale d'établissement comprend des membres de droit et des membres élus.

Sauf circonstances particulières, les fonctions de président de la commission médicale d'établissement (CME) sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

Attributions :

La CME contribue à l'élaboration 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 en proposant un programme d'actions.

Cette commission est consultée notamment sur le projet d'établissement, les orientations stratégiques, le projet médical, le plan global de financement pluriannuel et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ; les conventions hospitalo-universitaires et la politique de coopération territoriale ; la politique de l'établissement en matière de recherche clinique et d'innovation ; l'organisation interne de l'établissement ; le programme d'investissement des équipements médicaux ; la gestion du personnel médical (effectifs, emplois, recrutements...) et sur son plan de développement professionnel continu ; le règlement intérieur de l'établissement.

La commission médicale d'établissement élit son président, vice-président du directoire.

Article 4 : Le Comité Technique d'Établissement : « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Le comité technique d'établissement est consulté sur des matières sur lesquelles la CME est également consultée, à savoir :

- Les projets de délibération soumis à l'avis de l'assemblée délibérante ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement,
- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel,
- Le plan de redressement,
- L'organisation interne de l'établissement,
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences,
- La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire,
- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu,
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité,
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social,
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- Le règlement intérieur de l'établissement,

Le comité 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, ainsi que de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.

Article 5 : Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'établissement ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Il a compétence à contrôler les conditions d'emploi de certaines catégories de personnels.

Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en matière de protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'en matière d'amélioration des conditions de travail et de promotion de la prévention des risques professionnels.

Article 6 : La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Elle associe les acteurs des soins à la conduite générale de la politique de l'établissement. Elle est consultée notamment sur le projet de soins élaboré par le coordonnateur général des soins, l'organisation générale des soins et l'accompagnement des malades, ainsi que de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et de la gestion des risques associés aux soins.

Le vote par correspondance est autorisé dans les conditions prévues par la procédure ad hoc. Le directeur de l'établissement fixe la date et les modalités de scrutin, y compris les modalités et les conditions du vote par correspondance.

Article 7 : Les Commissions administrative paritaires

Les commissions administratives paritaires :

Elles sont compétentes sur toutes les questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire, le changement d'échelon, la discipline, les questions d'ordre individuel.

Les commissions consultatives paritaires :

Comprenant en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants des personnels contractuels, elles sont, obligatoirement, consultées sur les décisions individuelles relatives :

- aux licenciements intervenant postérieurement aux périodes d'essai,
- aux sanctions disciplinaires autres que l'avertissement et le blâme,
- aux demandes de révision du compte-rendu de l'entretien professionnel,
- au non renouvellement des contrats des personnes investies d'un mandat syndical et au réemploi susceptible d'intervenir lorsqu'une personne recouvre les conditions nécessaires au recrutement après les avoir perdues,
- aux motifs qui empêchent le reclassement des agents,
- aux décisions refusant l'autorisation de télétravail.

Chapitre 3 : Organisation des activités cliniques et médico-techniques

Article 8 : Organisation en pôle

Chaque établissement détermine sa politique générale au travers de son projet d'établissement, compatible avec les objectifs des schémas d'organisation sanitaire de la région Ile-de-France. Tous les cinq ans, l'établissement définit ses grandes orientations stratégiques pour répondre aux besoins de prise en charge de la population desservie.

Les établissements membres du GHT sont découpés en pôles d'activité cliniques et médico-techniques dirigés par des chefs de pôle, nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le Président de la CME.

Le chef de pôle organise avec son équipe le fonctionnement du pôle afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Les pôles d'activité comportent des structures internes de prise en charge du malade appelées services. Le service peut également comporter des unités fonctionnelles.

La composition du pôle en structures internes est détaillée dans le projet de pôle sur la base du contrat.

Le Directeur nomme les responsables de ces structures internes sur proposition du Président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Le mandat du chef de pôle et des responsables de structures internes est fixé à quatre ans.

Le Directeur doit proposer aux responsables de structure interne, service ou d'unité fonctionnelle des pôles une formation adaptée à l'exercice de leur fonction dans les deux mois suivant leur nomination.

Article 9 : Conseil de pôle

Le chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne au sein de son pôle. Il associe pour cela toutes les catégories de personnel, en mettant en place un conseil de pôle, permettant l'expression de l'ensemble des professionnels.

Composition :

Chaque pôle détermine les membres du conseil dans le respect des règles suivantes :

Membres de droit :

- Le chef de pôle,
- Son assistant,
- Les responsables des structures internes,
- Les cadres de santé.

Membres du conseil :

Le chef de pôle détermine s'il organise ou non des élections. En tout état de cause, le chef de pôle s'assure que lors de la réunion du conseil tous les métiers et statuts du pôle seront représentés, en tenant compte également du lieu d'exercice (intra/extra), et du moment d'exercice (jour/nuit).

Attributions :

Le conseil de pôle peut donner un avis sur :

- Le projet de pôle,
- Le plan de formation,
- Le programme des travaux,
- Le plan d'équipement,
- L'avis sur les changements d'organisation,
- Le nom du pôle.

Fonctionnement :

Le conseil de pôle se réunit au moins deux fois par an, sur ordre du jour écrit établi par le chef de pôle, comportant des questions des personnes.

Un compte-rendu écrit avec liste d'émargement des présents est établi et affiché dans les unités du pôle.

Un bilan annuel du fonctionnement des conseils de pôle (nombre de réunions et compte rendus) est communiqué au comité technique d'établissement et à la commission médicale d'établissement.

Chapitre 4 : Place des usagers

Article 10 : La Commission Des Usagers « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle s'assure que les plaintes et réclamations non contentieuses sont examinées et font l'objet de réponses.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil des personnes malades et de leurs proches.

Elle est composée :

- du directeur ou de son représentant,
- d'un médiateur médical et d'un non médical, et de leurs suppléants,
- de deux représentants des usagers et de leurs suppléants,
- du président de la commission médicale d'établissement ou de son représentant,
- d'un représentant de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique, et son suppléant
- d'un représentant du comité technique d'établissement, et de son suppléant,
- d'un représentant du conseil de surveillance, et de son représentant.

Article 11 : Relations avec les usagers

Livret d'accueil : « [pour consulter le livret, cliquez ICI](#) »

Dès son arrivée dans l'établissement ou, dès que son état le permet, chaque personne hospitalisée ou reçue en consultation reçoit un livret d'accueil. Celui-ci contient des informations générales sur l'établissement, les droits et devoirs de l'utilisateur ainsi que des informations particulières sur le lieu d'hospitalisation et la prise en charge afférente.

La charte de la personne hospitalisée est affichée dans les unités de soins et opposable aux établissements, notamment les droits à une prise en charge ou à un accompagnement adapté, au respect des liens familiaux, à la protection et au principe de prévention et de soutien.

Satisfaction des usagers :

La satisfaction du patient est recherchée à chaque étape de la prise en charge. Dans cette perspective, un questionnaire de satisfaction est élaboré et remis par le personnel soignant au patient avant sa sortie. Il est destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. L'ensemble des questionnaires sont traités de manière anonyme par la commission des usagers et par les services de soins. Des actions d'amélioration sont engagées au regard des résultats.

Des enquêtes de satisfaction, à thématiques diverses, peuvent également être réalisées ponctuellement auprès des personnes hospitalisées.

Recours aux médiateurs :

En cas de réclamation auprès de la Direction, le patient peut se voir proposer une médiation, avec un médiateur médical ou non médical. Si le patient le souhaite, un représentant des usagers peut être présent lors de cette médiation.

Le médiateur médecin est compétent pour recevoir les malades et leurs familles afin d'examiner exclusivement avec eux les difficultés liées à l'organisation des soins et au fonctionnement médical du service. La consultation de leur dossier médical ne peut se faire qu'avec leur accord. Le médiateur non médecin est compétent pour examiner les réclamations ne portant ni sur l'organisation des soins, ni sur des aspects médicaux.

Personne de confiance : « [pour consulter la plaquette, cliquez ICI](#) »

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, afin de l'accompagner dans ses démarches, d'assister aux entretiens médicaux et de l'aider à prendre des décisions. Elle est également consultée si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Elle est révocable à tout moment.

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

Directives anticipées : « [pour consulter la plaquette, cliquez ICI](#) »

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles sont révisables et révocables à tout moment.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, l'autorisation du juge, ou le cas échéant du conseil de famille, est nécessaire.

Les directives anticipées expriment, par avance, la volonté de refuser ou de poursuivre, de limiter ou d'arrêter des traitements, y compris le maintien artificiel en vie, ou de bénéficier d'une sédation profonde et continue.

Les directives anticipées sont valables sans limite de temps et peuvent être modifiées ou annulées à tout moment, en totalité ou en partie.

Chapitre 5 : Certification et publication des indicateurs qualité

Article 12 : Certification

Les établissements de santé font l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification et donnant lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cette procédure constitue un temps fort de la dynamique continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité qui conduit à analyser l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité (soins, techniques, logistiques, administratifs). Pour cela, l'établissement déploie une politique qualité participative et transversale permettant la mise en place d'actions d'amélioration sur des thématiques prioritaires et leur évaluation pour assurer le respect des droits des patients, et la sécurité des soins.

Article 13 : Publication des indicateurs

Pour renforcer cette volonté d'évaluation des actions mises en œuvre et du service médical rendu, la Haute Autorité de Santé demande aux établissements de santé de réaliser un suivi d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS).

Ces indicateurs sont communiqués en interne aux instances et aux services concernés, pour mise en place d'actions d'amélioration. Ils sont également publiés en externe sur le site Platines du Ministère de la santé et sur le site Internet de l'établissement.

Concernant le pôle médico-social, la mise en place de l'évaluation interne et externe d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes constitue une des priorités de ses actions.

Chapitre 6 : Dispositions relatives à la sécurité

Section 1 : Règles de sécurité générales

Article 14 : Opposabilité

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

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

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

Article 15 : Accès à l'établissement

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

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

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

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

Article 16 : Matériels de sécurité et vidéosurveillance

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo-surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives compétentes de l'hôpital.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. Il doit être conforme aux règles énoncées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et faire l'objet d'une déclaration à la Préfecture de police.

Article 17 : Rapport avec des autorités judiciaires

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

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

Article 18 : Rapport avec les autorités de police

Seul le directeur de l'hôpital est responsable de l'organisation des relations avec les autorités de police.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'hôpital une intervention de police, dont la possibilité ou la nécessité sera appréciée par l'autorité de police.

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

Article 19 : Circonstances graves et exceptionnelles

En cas de péril grave et imminent pour l'hôpital, le directeur qui a fait appel aux services de secours prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'hôpital à toute personne qui refuserait de se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Le directeur peut également et même à défaut de consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules, et décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

Section 2 : Circulation et stationnement

Article 20 : Voirie hospitalière

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte de l'hôpital constituent des dépendances du domaine public, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouvertes exclusivement au personnel et aux usagers de l'hôpital, ne peuvent être regardés comme des voies ouvertes à la circulation publique et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein de l'hôpital.

Article 21 : Règles de circulation

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

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

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

Article 22 : Signalisation et sanction

Toutes les dispositions relatives aux règles de circulation et stationnement doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

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

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

Article 23 : Responsabilité

L'autorisation de circuler et de stationner dans l'établissement ne saurait engager la responsabilité de ce dernier, notamment en cas d'accident de la circulation, de vols de véhicule ou de dégradations.

Partie II : Dispositions relatives aux usagers

Chapitre 1 : Admission

Lors de leur admission, à défaut lorsque leur état de santé le permet, les patients fournissent, au personnel des services de soins, tous les documents nécessaires à la prise en charge de leurs frais de séjours par les organismes de sécurité sociale et de mutuelle dont ils relèvent. A défaut, les frais de séjours sont directement facturés aux patients.

Les usagers sont informés des tarifs en vigueur au sein de l'établissement par voie d'affichage dans chaque service de soins.

L'admission est prononcée par le Directeur de l'établissement sur la base d'au moins un avis et/ou un certificat médical, après vérification de l'identité du patient. Le Directeur prend les mesures nécessaires pour que les soins urgents soient assurés, même en l'absence de pièces d'identité et de renseignements sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'Etablissement.

Article 24 : L'admission des majeurs en psychiatrie « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

L'admission en soins psychiatriques libres est le régime habituel d'hospitalisation lorsque l'état de santé de la personne le permet. Dans ce cadre, le patient est consentant aux soins.

Toutefois, lorsque les troubles mentaux du patient empêchent de recueillir son consentement aux soins, son admission est prononcée sans que ce dernier soit requis.

Les soins sont alors exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer cette mission, et selon plusieurs modes d'admissions :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence ou non,
- les soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers,
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Des plaquettes d'informations relatives aux modes d'admission en soins psychiatriques sans consentement sont remises aux patients à l'admission

Article 25: L'admission des mineurs en psychiatrie

Un mineur est hospitalisé dans un service de psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 16 ans. Au-delà de 16 ans, le jeune patient est hospitalisé dans un service de psychiatrie adulte.

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (admission en soins psychiatriques libres d'un mineur) ou de l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire). En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue. En cas de refus des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge pour enfants est saisi.

L'admission d'un mineur en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat n'est envisageable que dans des circonstances très exceptionnelles.

Article 26 : L'admission à Neuro-Sainte-Anne « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Le neuro-centre du Centre hospitalier Sainte-Anne assure des soins de recours dans toutes les pathologies associées au système nerveux. Il est composé des services suivants :

- imagerie morphologie et fonctionnelle (SIMF),
- neurologie, neurochirurgie incluant un bloc opératoire,
- consultations spécialisées,
- neuroanesthésie-réanimation,
- médecine physique et de réadaptation (MPR),
- neurophysiologie clinique,
- stomatologie,
- neuropathologie.

Le neuro-centre du Centre hospitalier Sainte-Anne dispose d'un centre d'urgence, situé dans le bâtiment Raymond GARCIN, qui assure :

- la participation à la permanence des soins de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle d'Ile-de-France,
- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans une unité de soins intensifs neurovasculaires,
- la neuroradiologie interventionnelle d'urgence.

Les équipes de neuro-Sainte-Anne accueillent les urgences de neurologie vasculaire, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle d'Ile-de-France et proposent une prise en charge multidisciplinaire avec accès à l'IRM 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

L'admission d'un patient à Neuro-Sainte Anne est prononcée par le directeur de l'établissement sur avis médical. Pour les patients mineurs, l'admission est effectuée à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale, sauf cas d'urgence.

Chapitre 2 : Séjour

Article 27 : Identitovigilance « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

L'établissement vérifie l'identité des patients à leur admission en hospitalisation, lors des consultations en intra ou extrahospitalier, lors de l'administration des traitements et lors de la réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques.

L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge permet d'en garantir la sécurité.

Article 28: La mise en isolement et le recours à la contention « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Ces mesures, prises sur décision médicale, sont tracées dans le dossier patient ainsi que dans un registre spécialement dédié à cet effet au sein de chaque établissement de santé.

Des procédures dédiées sont établies, et dont notamment l'état des dispositifs nécessaires à la sécurité et au secours des patients dans les espaces occupés à cette fin, en tenant compte de l'architecture des bâtiments.

Article 29 : Soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie

Les personnes hospitalisées en psychiatrie reçoivent les soins somatiques requis par leur état. Le consentement des personnes hospitalisées est demandé pour tout examen complémentaire. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, la famille, le tuteur ou à défaut, un de ses proches aient été consultés.

Article 30 : Recherches impliquant la personne humaine et l'enseignement

Les recherches impliquant la personne humaine se divisent en trois catégories :

- les recherches interventionnelles, où le consentement écrit du patient est requis,
- les recherches interventionnelles ne comportant que des risques et contraintes minimales, où le consentement écrit du patient est requis,
- les recherches non interventionnelles, où la non-opposition du patient est exigée.

L'examen du patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable.

Article 31 : Moyens de communication

Courrier :

Les patients ont la possibilité d'envoyer et de recevoir du courrier. Les restrictions de ce droit ne peuvent être que temporaires et médicalement motivées.

Ces restrictions ne peuvent concerner les correspondances du patient avec le Préfet de police ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire ou son représentant, le procureur de la République et la commission départementale des soins psychiatriques.

L'affranchissement du courrier est à la charge de l'expéditeur. Le vaguemestre est à la disposition des patients pour les opérations postales.

Téléphone :

Sauf interdiction individuelle pour raison médicale consignée dans le dossier patient, les personnes hospitalisées peuvent conserver leur téléphone mobile avec elles sous leur responsabilité.

Il est formellement interdit de prendre des photos ou de réaliser des films dans l'enceinte de l'établissement avec les téléphones mobiles.

Article 32 : Divertissement (radio – télévision)

Tous les services sont équipés d'une salle de télévision et d'espaces de détente. L'usage de la télévision peut être modulé par l'équipe soignante pour le respect et le bien-être de chacun.

En aucun cas les récepteurs radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos de la personne hospitalisée ou de ses voisins sous peine d'être retirés pendant l'hospitalisation.

Article 33 : Repas

Les menus sont élaborés par un diététicien et respectent les recommandations nutritionnelles. Les repas sont préparés au sein de l'établissement ou par des prestataires extérieurs garantissant la qualité et l'hygiène alimentaires selon la certification Iso 9001 (norme internationale attestant le respect d'un certain nombre de règles tout au long du processus de fabrication et de distribution des repas).

En fonction de l'état de santé du patient et des prescriptions médicales, un régime personnalisé sera mis en place par un diététicien.

Les repas de régime sont servis sur prescription du médecin et consultation du diététicien.

Les repas sont adaptés, dans la mesure du possible, à la pratique religieuse de la personne hospitalisée qui en exprime la demande.

Article 34 : Déplacements dans l'enceinte de l'établissement

La liberté d'aller et venir dans l'établissement est un droit. Toutefois, cette liberté peut être limitée dans des conditions définies pour des raisons médicales. Autant que possible, les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir doivent être individualisées.

Les personnes hospitalisées qui souhaitent se déplacer au cours de la journée dans l'enceinte de l'établissement doivent en informer un membre du personnel soignant ; elles doivent être revêtues d'une tenue décente. La nuit, les personnes hospitalisées doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Article 35 : Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales,
- pour les personnes détenues faisant l'objet de soins au pôle Neuro Sainte-Anne ou de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

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

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

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

Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

Article 36 : Présence de tiers dans l'établissement

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne sont pas admis à circuler librement dans l'établissement et ne peuvent se rendre auprès des patients, sauf accord consigné par écrit de ces derniers et autorisation expresse du Directeur, prise le cas échéant sur avis du responsable médical concerné.

Article 37 : Animaux domestiques

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans les locaux de l'établissement, à l'exception des chiens guides d'aveugles autorisés dans les espaces communs hors chambres et lieux de soins.

Article 38 : Mesure de protection juridique des majeurs

Les patients peuvent faire l'objet, si leur état de santé l'exige, d'une mesure de protection juridique : sauvegarde de justice (avec ou sans mandat spécial), curatelle (simple ou renforcée) ou tutelle. Cette mesure

peut avoir été décidée antérieurement à leur hospitalisation, ou être mise en route pendant leur hospitalisation.

Le juge peut désigner, si l'intérêt de la personne le justifie, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) de l'établissement en qualité de mandataire spécial, de curateur ou de tuteur.

Sauf mention expresse contraire, la mesure de protection juridique portera à la fois sur la protection de la personne et sur la protection des biens.

Pour tous les actes importants, de nature patrimoniale ou personnelle, le consentement du majeur sous tutelle doit être recueilli et respecté à chaque fois que cela est possible. En matière médicale, l'information sera communiquée au majeur sous tutelle et à son tuteur qui consentira à l'acte médical. Toutefois, toute décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle ou à l'intimité de la vie privée devra faire l'objet d'une autorisation du juge des tutelles.

Article 39 : Communication des informations de santé

Le patient, ou toute personne dûment habilitée par la loi, peut, sous certaines conditions, avoir accès aux informations concernant sa santé contenues dans son dossier pendant ou à la suite d'une hospitalisation.

La demande doit être écrite et adressée au directeur, à l'attention de la personne chargée des relations avec les usagers. La demande est obligatoirement accompagnée des pièces justificatives requises, permettant de s'assurer de l'identité et de la qualité du demandeur.

Les délais de réponse s'appliquent à compter de la date de réception de la demande complète au secrétariat de la Direction des relations avec les usagers.

Article 40 : Informatiques et libertés

Le patient est informé par tout moyen de ses droits relatifs à la gestion des données informatisées le concernant.

Chapitre 3 : Sortie

La sortie, provisoire ou définitive, d'une personne hospitalisée est décidée par le Directeur sur proposition du médecin référent du patient. A défaut, l'absence du patient est considérée comme irrégulière, et pourra faire l'objet d'un signalement aux autorités compétentes.

Autorisations de sortie de courte durée : « [pour plus d'information, cliquez ICI](#) »

Les personnes hospitalisées peuvent, compte-tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale de 48 heures. Pour les patients en soins psychiatriques sans consentement, elles sont accordées par le Directeur, ou le représentant de l'Etat dans le département, après avis favorable du médecin. Elles peuvent être seules ou accompagnées, par un membre de la famille, la personne de confiance ou un membre du personnel de l'établissement, et ce pendant toute la durée de la sortie.

Les mineurs ne sont confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes dûment habilitées par elles.

Sortie définitive : « [pour plus d'information, cliquez ICI](#) »

La sortie définitive est décidée en accord avec le médecin.

A l'exception des mineurs et des patients admis en soins psychiatriques sans consentement, les patients peuvent, à leur demande, quitter l'établissement après avis médical. En cas de sortie contre avis médical, une décharge sera signée par le patient. .

Lorsque l'état du patient nécessite un transfert dans un autre établissement de santé, le transfert est organisé par l'établissement.

Levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement :

Les modalités de levée de la mesure de soins sans consentement diffèrent en fonction du mode d'admission en soins psychiatriques sans consentement :

- pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du Directeur de l'établissement, la mesure de soins sans consentement prend notamment fin lorsqu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies. Cette décision est formalisée par le Directeur.
- pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, peut mettre fin à la mesure de soins après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient et attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies.

Section 1 : Dispositions générales

Article 41 : Documents remis au patient : bulletins de sortie

Lors de la sortie, l'établissement remet au patient les bulletins d'hospitalisation et arrêts de travail nécessaires à la caisse de sécurité sociale, à la mutuelle et à l'employeur.

Ces documents ne doivent comporter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative au motif l'hospitalisation et à la nature des troubles.

Article 42 : Continuité des soins : lettre de liaison et compte-rendu d'hospitalisation

Le jour même de la sortie, une lettre de liaison, rédigée par le médecin ayant participé à la prise en charge du patient, est remise au patient, à son médecin traitant, et le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient.

Elle contient notamment les ordonnances de sortie, les actes prévus et à programmer, les recommandations et les surveillances particulières.

Le membre de l'équipe de soins remettant la lettre de liaison au patient doit s'assurer que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises par le patient.

Un compte-rendu d'hospitalisation peut être envoyé dans les huit jours après la sortie du patient. A la demande du patient, il peut également être adressé au médecin traitant.

Section 2 : Dispositions relatives à la fin de vie et au décès

Article 43 : Dispositions relatives à la fin de vie et au décès « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. L'hôpital met en œuvre tous les moyens à sa disposition pour que ce droit soit respecté.

Lorsque le patient hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. Il peut être transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir et, si sa situation juridique le permet. Cette décision est prise par le Directeur sur proposition du médecin responsable.

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible par l'équipe de soins et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de l'état de santé du patient ou du décès de celui-ci. Ses proches sont autorisés à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants.

Prélèvements d'organe/registre refus :

Toute personne majeure est présumée avoir consenti au don de ses organes et tissus sauf inscription sur le registre national des refus. Ce refus est révocable à tout moment. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de la nature et de la finalité du prélèvement qui ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Pour les enfants mineurs, le don ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale y consente par écrit.

Partie III : Dispositions relatives aux usagers et au personnel

Article 44 : Droit à l'information du patient et de ses proches

Les personnels hospitaliers sont tenus de répondre aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles du secret et de la discrétion professionnelle.

Information du patient :

Les médecins et les personnels paramédicaux de l'établissement donnent aux personnes hospitalisées, dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les informations sur leur état et sur les traitements et soins qui leur sont proposés, y compris quant à la forme de prise en charge retenue.

Le patient a droit à une information loyale, claire et appropriée sur les traitements qui lui sont prescrits, leur utilité, leurs conséquences, les risques nouveaux, fréquents ou graves prévisibles ou exceptionnels dès lors qu'ils sont scientifiquement connus.

L'information a pour objectif de mettre le patient en mesure de faire des choix et de donner un consentement éclairé. L'information doit être délivrée dans le cadre d'un entretien individuel avec le professionnel de santé.

Seule la volonté manifeste du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic peut dispenser les professionnels de leur obligation d'informer, sauf risque de transmission.

Information des proches :

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille ou les proches du patient reçoivent les informations nécessaires au bon déroulement de la prise en charge du patient et du séjour hospitalier.

Si le patient, dûment averti, s'y oppose, ce refus doit être consigné dans le dossier patient.

Article 45 : Confidentialité

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

Les personnes hospitalisées peuvent demander qu'aucune indication sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé ne soit donnée à un tiers, à l'exception des autorités pour lesquelles cette information est prévue par la loi.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, le secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance d'un professionnel de santé, de tout membre

du personnel de l'hôpital ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec l'établissement. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Article 46 : Inventaire et dépôts des objets et valeurs « pour plus d'information, cliquez [ICI](#) »

Tout échange à caractère marchand ou non marchand d'effets personnels entre patients (achat, revente, échange d'objets) est formellement interdit au sein de l'établissement.

Inventaire :

A l'arrivée dans l'unité de soins, le personnel soignant procède à l'inventaire écrit et contradictoire des objets et effets personnels en possession du patient et conserve ce document dans le dossier du patient. Toute modification durant le séjour doit être signalée au service et retranscrite sur l'inventaire.

Si le patient n'est pas en mesure de participer à l'inventaire, un proche ou, à défaut, un autre membre de l'équipe de soins contresigne l'inventaire. Ce dernier est porté à la connaissance de la personne hospitalisée dès que son état de santé lui permet d'en prendre connaissance.

Le personnel soignant s'assure que le patient n'est pas détenteur de produits ou d'objets présentant un danger pour lui-même ou l'entourage.

Dépôt des objets et des valeurs :

Le dépôt des biens et valeurs n'est pas obligatoire mais il est recommandé. Seuls les biens dont la nature est en rapport avec le séjour peuvent être déposés sauf cas d'urgence ou d'incapacité au consentement. Le patient sera invité à retirer ou à faire retirer les objets non susceptibles d'être déposés dès que son état le permettra.

Lorsque le patient accepte de déposer ses biens et valeurs, le personnel du service de soins lui fait signer un reçu et le conserve dans le dossier du patient. En cas de refus de dépôt, le personnel du service de soins lui fait signer une décharge de responsabilité, conservée dans le dossier du patient.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte, du vol ou de la détérioration d'objets qui n'ont pas été au préalable déposés, sauf faute établie à l'encontre de ce dernier ou des personnes dont il doit répondre.

Aucun agent ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs confiés par des patients. Ils doivent être déposés sans délai auprès du régisseur de l'établissement ou, en dehors des heures d'ouvertures de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage.

Tout objet, document ou valeur, découvert ou trouvé, au sein de l'établissement doit être directement remis au cadre du service afin que ce dernier en assure la restitution au Directeur.

Article 47 : Dépôts et dons au personnel

Aucune somme d'argent ou cadeau ne doit être reçu par les membres du personnel de l'établissement de la part des patients, soit à titre de gratification, soit à titre de dépôt.

Article 48 : Respect des personnes et des biens

Tant pour les usagers que pour le personnel, une importance toute particulière est apportée :

- au respect des personnes : les agressions tant verbales que physiques ne sont pas tolérées. Toute agression ou harcèlement vis-à-vis du personnel ou d'un autre patient fera l'objet d'un dépôt de plainte auprès des autorités judiciaires.

- au respect des locaux : les patients et le personnel veillent à respecter le bon état des locaux et objets de toute nature qui sont mis à leur disposition par l'établissement. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner la sortie du patient.

Article 49 : Laïcité

Convictions religieuses et exercice du culte : « [pour plus d'information, cliquez ICI](#) »

Les convictions religieuses, réelles ou présumées, ne peuvent faire l'objet d'une attitude discriminatoire tant concernant la prise en charge des patients que le recrutement et le déroulement de carrière du personnel.

Les patients doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte, dans le respect des convictions et de la tranquillité d'autrui et sans porter atteinte au bon fonctionnement du service.

Ils reçoivent, à l'intérieur de l'établissement, sur demande formulée auprès du cadre de santé du service de soins, la visite du ministre du culte de leur choix.

Le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité. Dans l'exercice de ses fonctions, il est tenu à une obligation de neutralité. A ce titre, il s'abstient notamment de manifester, dans l'exercice de ses fonctions, ses opinions religieuses.

Respect de la liberté de conscience et d'opinion :

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients, leurs familles ou le personnel de l'établissement.

Le personnel traite de façon égale toutes les personnes et respecte leur liberté de conscience et de dignité.

Afin de ne pas nuire à la liberté de conscience, il est interdit aux usagers et au personnel de tenter de rallier à sa croyance religieuse des patients ou des membres du personnel. Toute forme de prosélytisme, même non-violente, est sanctionnée.

Article 50 : Tabac et cigarette électronique

Il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans tous les bâtiments de l'établissement.

Toutefois, l'usage du tabac et de la cigarette électronique, peut être toléré dans le respect des règles d'hygiène, de sécurité et de vie collective, dans les lieux en extérieur de l'établissement (cours, jardins).

Article 51 : Médicaments, denrées alimentaires, alcool et substances interdites

Médicaments :

Tout médicament dont le patient est détenteur doit être remis à l'équipe infirmière ou au médecin.

La restitution des médicaments aura lieu à la sortie du patient après avis médical.

Denrées alimentaires :

Le service de soins doit s'opposer, dans l'intérêt des patients, à la remise de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit et aux règles d'hygiène.

Alcool et substances interdites :

L'introduction et la consommation de boissons alcoolisées et de substances illicites est strictement interdite. Leur détention fait l'objet d'un retrait puis d'une destruction, ou d'une remise aux forces de l'ordre le cas échéant. Il en est de même pour les matières et objets dangereux.

Partie IV : Dispositions relatives au personnel

Chapitre 1 : Principes fondamentaux liés au respect de l'utilisateur

Article 52 : Secret professionnel et médical

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du patient, s'impose à tous. 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. Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein de l'hôpital.

Il ne peut y être dérogé que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi, et notamment pour les déclarations de naissance, de décès et de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés 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.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le Préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les médecins chefs de service en leur qualité d'autorité constituée 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 de l'hôpital.

Article 53 : Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, organismes d'assurance et démarcheurs.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou

comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents de l'hôpital.

Article 54 : Sollicitude envers les patients

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients. Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Chapitre 2 : Principes de la bonne conduite professionnelle

Article 55 : Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel de l'établissement d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Article 56 : Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels de l'établissement sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Article 57 : Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit au personnel de l'établissement de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, lorsque ceux-ci sont obtenus auprès d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Article 58 : Exécution des instructions reçues

Tout agent, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement 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 59 : Information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Article 60 : Obligation de signalement des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé

Tout agent qui a connaissance d'un effet indésirable, grave ou inattendu, d'un incident ou d'un risque d'incident lié à l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin labile ou d'un dispositif médical, est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernée.

Article 61 : Obligation de signalement d'un événement indésirable

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable, est tenu d'en alerter immédiatement la direction au moyen du support mis à sa disposition.

Article 62 : Témoignage en justice

Tout agent, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en informer le directeur et le tenir avisé de l'issue de son audition auprès des autorités de police ou de la justice.

Article 63 : Protection fonctionnelle

Tout agent public victime d'atteintes ou d'attaques (violences, injures, menaces, voies de fait, diffamations...) à l'occasion ou en raison de ses fonctions ou dont la responsabilité civile ou pénale est mise en cause dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, a droit au bénéfice de la protection fonctionnelle.

Cette protection n'est pas due en cas de faute personnelle ou de faute détachable des fonctions de l'agent.

La demande de protection fonctionnelle, ainsi que la demande de prise en charge des frais exposés le cas échéant dans le cadre d'une instance civile ou pénale doivent être motivées et adressées par écrit au Directeur de l'établissement.

La décision de protection fonctionnelle indique les faits au titre desquels cette dernière est accordée ainsi que sa durée et précise les modalités et limites de prise en charge des frais exposés, notamment les honoraires d'avocat.

Article 64 : Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'établissement avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Article 65 : Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les agents doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service.

Le port de la tenue professionnelle est obligatoire en milieu hospitalier pour des raisons à la fois d'hygiène et de sécurité.

Les agents ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers.

Article 66 : Identification des personnels

Afin de se faire connaître des patients et des usagers, les personnels de l'établissement sont tenus de porter, en évidence et pendant l'exécution de leur service, tout moyen d'identification précisant leur nom et leur qualité.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles et aux intervenants extérieurs.

Article 67 : 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.

Chapitre 3 : Expression des personnels

Article 68 : Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'établissement. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le Directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Article 69 : Droit de grève

Le droit de grève est un principe fondamental qui ne peut être limité que si l'ordre ou la sécurité publique sont en cause, la sécurité des malades notamment devant toujours être assurée. L'administration se doit de prendre toutes les mesures nécessaires pour limiter les effets de la grève et maintenir la continuité du service public hospitalier.

Le Directeur a qualité et obligation d'établir un service minimum par l'assignation au travail des agents indispensables au maintien de la continuité du service public hospitalier.

Article 70 : Expression individuelle des personnels

Tout agent a le droit, dans le respect des procédures mises en place par l'établissement, de saisir directement l'autorité hiérarchique compétente pour tout sujet relatif à leur situation professionnelle ou personnelle.

Partie IV : Dispositions diverses

Article 71 : Publicité du règlement intérieur d'établissement

Le règlement intérieur de l'établissement est consultable par toute personne intéressée au sein de chaque unité de soins, auprès de la direction générale et de la personne chargée des relations avec les usagers.

Pour les usagers, le règlement intérieur est consultable sur demande, et sur le site internet de l'établissement. Pour les personnels, il est consultable sur intranet avec un lien pour accéder aux procédures référencées dans le règlement intérieur.

Article 72 : Révision du règlement intérieur d'établissement

Le présent règlement intérieur sera révisé en tant que de besoin selon les modalités ayant présidé à son élaboration.

Annexe 1

Les établissements du GHT s'engagent en faveur de la promotion de la bientraitance

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et collectives au sein d'un établissement et de chacun de ses services. Elle vise à promouvoir le bien être de l'utilisateur, tout en gardant à l'esprit le risque de maltraitance.

Ces risques de maltraitance ne sont pas nécessairement des gestes intentionnels mais peuvent être générés par la prise en charge, aussi rigoureuse soit elle.

Les établissements s'engagent donc dans le respect de la charte du patient hospitalisé et des textes législatifs et réglementaires, à mesurer, maîtriser et corriger les risques en mettant en œuvre une culture commune de la bientraitance. Une démarche pérenne sera ainsi structurée pour garantir les droits du patient et le respect de leur dignité et de leur intimité. Elle émanera des professionnels et sera partagée avec les représentants des usagers.

Cette démarche sera guidée par les écrits du Contrôleur général des lieux privatifs de liberté figurant dans le dossier de presse du rapport annuel 2016, et notamment :

- Seule la considération des soins à prodiguer aux patients ou des mesures de sécurité qu'imposent le comportement individuel, peuvent justifier des restrictions de liberté qui ne sauraient résulter ni de mesures d'organisation, ni de contraintes pratiques, ni de mesures de sécurité générales, systématiques et impersonnelles,
- Une démarche de réflexion doit être suscitée au sein de chaque établissement sur les moyens d'élargir la liberté d'aller et de venir des patients et d'alléger les contraintes qui leur sont imposées dans leur vie quotidienne (usage du téléphone portable, liens familiaux, sorties, accès à internet...) afin de maintenir que les restrictions justifiées par des nécessités de soins ou de sécurité liées à l'état de santé d'un patient.

Rédigé par le groupe de travail de l'inter-commission des usagers « politique de limitation des mesures restrictives de liberté et de renforcement du respect de la dignité des personnes prises en charge » à destination des patients hospitalisés par voie affichée dans les services.

Annexe 2

Article 1 : Composition des instances

Dans la perspective de la création du nouvel établissement, il est nécessaire d'anticiper la modification de cet article afin de procéder aux élections des membres de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Commission des Soins Infirmiers, Médico-Techniques et Rééducation du nouvel établissement.

En conséquence, ces nouvelles compositions entrent en vigueur pour permettre le déclenchement des opérations électorales de chacune de ces instances.

- **Commission Médicale d'Etablissement (CME)**

Elle comporte 104 membres ainsi répartis par collèges :

Num	COLLEGES	SOUS COLLEGES	PSY	MCO	TOTAL	Total collège
1a	Collège des chefs de pôle (membres de droit)	Sous collège CHSA	9	2	11	
1b		Sous collège EPSMB/GPSPV	18	2	20	31
2a	Collège des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles	Sous collège chefs de service CHSA	8	4	12	
2b		Sous collège chefs de service EPSMB/GPSPV	1	1	2	14
2c		Sous collège responsables UF CHSA	5	2	7	
2d		Sous collège responsables UF EPSMB/GPSPV	10		10	17
3a	Collège des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement	Sous collège CHSA	3	4	7	
3b		Sous collège EPSMB/GPSPV			0	7
4a	Collège des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement	Sous collège CHSA	4	2	6	
4b		Sous collège EPSMB/GPSPV	9		9	15
5a	Collège des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement ;	Sous collège CHSA	2	1	3	
5b		Sous collège EPSMB/GPSPV	5		5	8
6a	Collège des représentants des internes (médecine générale, autres spécialités, pharmacie, odontologie)	Sous collège CHSA	2	1	3	
6b		Sous collège EPSMB/GPSPV	2	1	3	6
7a	Collège des représentants des étudiants hospitaliers (étudiants hospitaliers en médecine, étudiants hospitaliers en pharmacie, étudiants hospitaliers en odontologie)	Sous collège CHSA	2	1	3	
7b		Sous collège EPSMB/GPSPV	2	1	3	6
Total			82	22	104	

- **La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)**

Elle comporte 30 membres titulaires et 30 suppléants répartis en trois collèges :

Collège des cadres de santé	10
Collège des personnels :	15
- Infirmier	11
- Rééducation	2
- Médico-Techniques	2
Collège des aides soignantes	5
TOTAL	30

Article 2 : La Maison des usagers

Animée par une cinquantaine de bénévoles issus d'associations d'usagers, la maison des usagers est un lieu d'écoute, d'information santé, d'entraide et de soutien entre pairs. Les bénévoles (entourage ou personne directement concernée par une pathologie) accueillent toute personne (patient, proche ou professionnel) qui souhaite être informée sur une question de santé.

La maison des usagers offre aux personnes hospitalisées ou suivies en ambulatoire et à leurs proches un espace neutre, qui constitue un trait d'union entre eux et les professionnels de santé.

Les permanences de la maison des usagers proposent un accueil complémentaire à la prise en charge médicale et thérapeutique. Les bénévoles apportent en effet une écoute ainsi qu'une information qui s'appuie sur leur propre expérience en tant que patient ou proche.

Cette dernière leur permet de soutenir les patients et leurs proches dans le parcours de soin.

Une riche documentation est également à la disposition du public (brochures, livres, borne internet) sur des thèmes tels que l'organisation des soins, les thérapies, les traitements ou encore les droits des patients.

Dans ces locaux, un dispositif expérimental d'informations et de permanences juridiques est installé, afin de renforcer l'accès aux droits de personnes malades en situation de précarité.