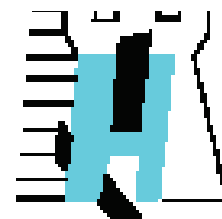


C.H.BASTIA



Centre Hospitalier de Bastia

Règlement Intérieur

Version
11.02.2013

CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

sommaire

SOMMAIRE	1
<u>CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE</u>	5
<u>CHARTE EUROPEENNE DE L'ENFANT HOSPITALISE</u>	6
<u>CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE</u>	7
<u>CHAPITRE PREMIER : ORGANISATION ADMINISTRATIVE HOSPITALIERE</u>	8
SECTION 1 : LE DIRECTEUR	8
SECTION 2 : INSTANCES DE FONCTIONNEMENT ET D'APPUI	10
Sous section 1 : le conseil de surveillance.....	10
Sous section 2 : le directoire.....	12
Sous section 3 : la Commission Médicale d'Etablissement (CME)	14
Sous section 4 : le Comité Technique d'Etablissement (CTE)	17
Sous section 5 : la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).....	20
Sous section 6 : le comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).....	22
Sous section 7 : les commissions administratives paritaires locales (CAPL)	23
Sous section 8 : le comité médical départemental et la commission de réforme	24
SECTION 3 : LES SOUS-COMMISSIONS	25
Sous section 1 : le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)	25
Sous section 2 : le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	25
Sous section 3 : le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS).....	26
Sous section 4 : le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)	26
Sous section 5 : le comité de vigilance.....	26
Sous section 6 : le comité des soins non programmés	27
Sous section 7 : le comité de suivi et d'évaluation	27
SECTION 4 : ORGANISATION ET ATTRIBUTION DES POLES D'ACTIVITE	27
Sous section 1 : organisation des activités en pôles.....	27
Sous section 2 : Les chefs de pôles.....	28
Sous section 3 : structure interne des pôles	30
Sous section 4 : contrats et projets de pôles	31
Sous section 5 : les fonctions médicales.....	32
CHAPITRE DEUX : ORGANISATION DES SOINS	37
SECTION 1 : ADMISSIONS	37
Sous section 1 : les admissions Ordinaires	37
Sous section 2 : les admissions par les Urgences	38
Sous section 3 : transferts et évacuations sanitaires (EVASAN)	40
SECTION 2 : ADMISSION DE CERTAINES CATEGORIES DE PATIENTS	40
Sous section 1 : les patients mineurs	40
Sous section 2 : les majeurs légalement protégés	41
Sous section 3 : les patients mentaux	41
Sous section 4 : les détenus	42
Sous section 5 : les patients appartenant au corps des armées	42
Sous section 6 : les femmes enceintes	42
Sous section 7 : autres catégories de patients	43
SECTION 3 : ORGANISATION, COORDINATION DES SOINS ET CONDITIONS DE SEJOUR	43
Sous section 1 : information médicale et Consentement préalable aux soins	43
Sous section 2 : Organisation et fonctionnement médical	44
Sous section 3 : Coordination des soins	46
SECTION 4 : LA SORTIE	47
Sous section 1 : la sortie ordinaire	48
Sous section 2 : la sortie du fait du patient	48
Sous section 3 : Les formalités	49
Sous section 4 : Les autres motifs	49
SECTION 5 : LES CONSULTATIONS EXTERNES	50
SECTION 6 : DECES	50



Sous section 1 : dispositions générales.....	50
Sous section 2 : Autopsie et Prélèvement d'organes	53
CHAPITRE TROIS : DISPOSITIONS RELATIVES AUX USAGERS.....	54
SECTION 1 : DISPOSITIONS GENERALES	54
SECTION 2 : LA VIE A L'HOPITAL	54
SECTION 3 : LE DOSSIER D'HOSPITALISATION.....	56
SECTION 4 : L'INFORMATION AU PATIENT, AUX FAMILLES	56
SECTION 5 : LES OBLIGATIONS DU PERSONNEL EN FONCTION ENVERS LES PATIENTS	58
CHAPITRE QUATRE : DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL	59
SECTION 1 : STATUTS ET CONDITIONS REGLEMENTAIRES DE TRAVAIL.....	59
SECTION 2 : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ET REGLES GENERALES DE CONDUITE.....	60
Sous section 1 : code de déontologie médicale.....	60
Sous section 2 : les droits des fonctionnaires	60
Sous section 3 : les obligations des fonctionnaires.....	61
SECTION 3 : PROTECTION JURIDIQUE.....	63
SECTION 4 : PROTECTION CONTRE LES RISQUES	64
CHAPITRE CINQ : SECURITE, HYGIENE, QUALITE ET GESTION DES RISQUES	65
SECTION 1 : SECURITE GENERALE	65
Sous-section 1 : Accès et circulation à l'intérieur de l'hôpital	65
Sous-section 2 : règles de circulation et de stationnement.....	65
Sous-section 3 : Hygiène hospitalière	66
SECTION 2 : QUALITE ET GESTION DES RISQUES	66
SECTION 3 : CATASTROPHES : LA GESTION DE CRISE	67
CHAPITRE SIX : DISPOSITIONS GENERALES	68



Introduction

Le Centre Hospitalier de Bastia est un Etablissement Public de Santé, doté à ce titre de la personnalité morale, de l'autonomie administrative et financière.

D'après les dispositions du Code de la Santé Publique, articles L.6111-1 et suivants et L.6112-1 et suivants, et en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (consolidée le 27 mars 2010), le Centre Hospitalier de Bastia a pour missions :

- ◆ D'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- ◆ De délivrer les soins, avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.
- ◆ De participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en secteur libéral et les établissements et services médico-sociaux.
- ◆ De participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.
- ◆ De mener, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.
- ◆ D'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, il est de sa responsabilité d'organiser la lutte contre les événements indésirables, les infections liées aux soins et l'iatrogénie, de définir une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et de mettre en place un système pour assurer la qualité de la stérilisation.

Dans le cadre de ses missions de Service Public, le Centre Hospitalier de Bastia a aussi pour charge :

- ◆ D'assurer la permanence des soins, et la prise en charge des soins palliatifs.
- ◆ De garantir la formation universitaire et post universitaire.
- ◆ Le développement de la recherche.
- ◆ La formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers.
- ◆ La formation initiale des sages femmes et des personnels soignants dans le cadre de leurs études.
- ◆ Les actions d'éducation et de prévention de la santé, et leur coordination.
- ◆ L'aide médicale urgente et la lutte contre les exclusions sociales.
- ◆ Les actions de santé publique.
- ◆ La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.
- ◆ Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sureté.
- ◆ Les soins dispensés aux personnes retenues dans le cadre de l'application de l'article L.551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Il convient en outre au centre hospitalier :

- ◆ De développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, et de toute action concernant la prise en charge du patient pour en garantir l'efficacité et l'efficience.
- ◆ De procéder à une analyse de son activité.
- ◆ De rendre public les résultats de ces analyses.



Acteur central du territoire de santé, le Centre Hospitalier de Bastia définit ses actions dans le cadre d'un projet d'établissement quinquennal, en relation avec l'Agence Régionale de Santé de Corse, notamment en regard des objectifs du Projet Régional de Santé.

Le Centre Hospitalier de Bastia est l'établissement de recours de la Haute-Corse. Il déploie sur le site principal de Falconaja et sur le site annexe de Toga :

- ◆ Une offre de soins complète :
 - Médecine polyvalente et spécialisée : pneumologie, gastro-entérologie, oncologie, cardiologie, néphrologie, gériatrie
 - Chirurgie digestive, viscérale, vasculaire, orthopédie, neurochirurgie, gynécologie, ophtalmologie
 - Obstétrique, pédiatrie, néonatalogie
 - Urgences : SAU, UHCD, Circuit court
 - Psychiatrie
 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle
 - Santé Publique : addictologie, CLAT, Centre de vaccination, Education Thérapeutique
 - USLD et EHPAD
- ◆ Une diversité des modes de prise en charge :
 - Plateau centralisé de consultations externes
 - Hospitalisation traditionnelle
 - Hôpital de Jour
 - Hôpital de Semaine
 - Chirurgie ambulatoire



Charte du patient hospitalisé

Selon les dispositions de la circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées

1. toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge
2. les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins
3. l'information donnée au patient doit être accessible et loyale
4. un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient
5. un consentement spécifique est prévu pour certains actes
6. une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement, ceci après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles
7. la personne hospitalisée peut à tout moment quitter l'établissement
8. la personne hospitalisée est traitée avec égards
9. le respect de la vie privée est garanti à toute personne
10. la personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant
11. la personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil



Charte européenne de l'enfant hospitalisé

Circulaire ministérielle n°83-24 du 1^{er} août 1983

1. l'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour
2. un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, quel que soit son âge et son état
3. on encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant
4. les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant
5. on évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire le plus possible les agressions physiques ou émotionnelles, et la douleur
6. les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupe d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs et activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Les visiteurs doivent être acceptés sans restriction d'âge
7. l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan du personnel et de l'équipement que de la sécurité
8. l'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille
9. l'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité des soins donnés à chaque enfant
10. l'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance



Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante

1. toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie
2. le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins
3. toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société
4. le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes
5. toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles
6. toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités
7. elle doit pouvoir participer à des activités religieuses ou philosophiques, selon sa volonté
8. la prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit
9. la personne âgée dépendante doit avoir accès aux soins qui lui sont utiles
10. ces soins doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant
11. soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille
12. la recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité
13. la personne âgée dépendante doit pouvoir bénéficier d'une protection juridique tant quant à ses biens que quant à sa personne
14. l'ensemble de la population doit être informée des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes



CHAPITRE PREMIER : Organisation administrative hospitalière

Section 1 : Le directeur

Article premier : Nomination

Le directeur est nommé par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux sur une liste comportant au moins trois noms proposés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) après avis du Président du conseil de surveillance. Il peut être fonctionnaire ou contractuel. En cas de vacance d'emploi ou d'absence du directeur, le directeur général de l'ARS prend toute mesure nécessaire en vue de faire assurer l'intérim des fonctions par des personnels de direction.

Le directeur consacre l'intégralité de son temps de travail à la gestion et à l'administration de l'hôpital.

Article 2 : attributions

Le directeur est le représentant légal de l'établissement. Il en assure la gestion technique, administrative et financière. Il est responsable de la conduite générale de l'établissement dans le respect des dispositions législatives et réglementaires et du présent règlement intérieur. Il est responsable, au sein de l'hôpital, de la mise en œuvre de la politique sanitaire et des orientations ministérielles en la matière et veille au bon fonctionnement de l'établissement.

A ce titre, il est chargé de :

- veiller à la planification des actions de l'hôpital dans le cadre du Projet d'Etablissement Hospitalier
- veiller au respect et à l'application, par les responsables de l'hôpital, des plans d'action et des normes et procédures de gestion
- coordonner les plans d'action des différentes unités hospitalières pour atteindre les objectifs stratégiques de l'établissement
- assurer la coordination des activités de l'ensemble des pôles et s'assurer de la cohérence de leurs activités avec les missions de l'établissement et les ressources disponibles
- s'assurer que les unités de soins évaluent de façon systématique et continue la qualité des actes professionnels
- veiller à l'exécution des recommandations des comités d'établissement de l'hôpital lorsqu'elles sont validées
- approuver les listes de garde et d'astreinte
- élaborer une stratégie de communication interne et externe et soutenir les pôles dans l'élaboration de leurs plans de communication spécifiques
- coordonner les relations de l'hôpital avec les autres composantes de la filière de soin
- établir le rapport annuel des activités techniques, administratives et financières de l'hôpital

Article 3 : compétences

Le directeur exerce ses compétences en propre ou après consultation des instances de l'établissement.

- ◆ **Compétences propres** : le directeur dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement :
 - Il assure la conduite de la politique générale de l'établissement
 - Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile
 - Il agit en justice au nom de l'établissement



- Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement
 - Il peut déléguer sa signature
 - Il possède le pouvoir de transiger
 - Il participe aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations
- ◆ Compétences de gestion après concertation du directoire : après concertation du directoire, le directeur décide, en tant que président du directoire, dans les domaines de la stratégie d'établissement, de la qualité, des finances, de la gestion du patrimoine et de la politique sociale
- Il conclut le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec le directeur général de l'ARS
 - Il arrête l'organisation interne de l'établissement conformément au projet médical d'établissement après avis du président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)
 - Il signe les contrats de pôles d'activités avec le chef de pôle après avis du président de la CME pour les pôles d'activités cliniques et médico-techniques, qui vérifie la cohérence du contrat avec le projet médical
 - Il propose au directeur général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé la constitution et la participation à une action de coopération
 - Il soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement
 - Il arrête le règlement intérieur
 - Il décide, conjointement avec le président de la CME de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
 - En ce qui concerne les finances de l'établissement, il détermine le programme d'investissement, après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux. Il fixe l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations. Il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance. Il présente à l'ARS le plan de redressement.
 - En matière de gestion du patrimoine, il conclut les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation. Il conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location et les délégations de service public.
 - En ce qui concerne la politique sociale, il arrête le bilan social, définit les modalités d'une politique d'intéressement et décide de l'organisation du temps de travail et des temps de repos, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales.
- ◆ Il dispose d'un pouvoir de nomination en ce qui concerne les membres du directoire autres que ceux de droit, en ce qui concerne les chefs de pôles et leurs collaborateurs, et les responsables de structures internes : services ou unités fonctionnelles. Il peut admettre par contrat des professionnels libéraux, et dispose d'un pouvoir de proposition et de mise en recherche d'affectation en ce qui concerne les praticiens hospitaliers.

Article 4 : autorité

Le directeur a autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur et dans le respect des règles déontologiques et professionnelles.



Section 2 : Instances de fonctionnement et d'appui

Sous section 1 : le conseil de surveillance

Article 5 : Composition

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges dont le nombre de membres doit être identique. Chaque collège comprend au plus cinq personnes, le nombre de membres au total étant limité à quinze.

Le collège des élus comprend au maximum cinq membres désignés en leur sein par les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant, et le président du Conseil Général ou son représentant.

Le collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux comprend au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement, dont un élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Les autres membres sont désignés à parité par la CME et les organisations syndicales les plus représentatives.

Le collège des personnalités qualifiées comprend au plus cinq personnalités qualifiées parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'ARS et trois par le préfet de département, dont deux représentants des usagers.

Le conseil de surveillance comprend quinze membres. Seule la désignation des membres du collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux incombe à l'établissement : un ou deux représentants élus parmi les membres de la CME au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour, puis à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.

Le représentant de la CSIRMT est élu au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour, puis à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.

La représentation du personnel non médical voit le premier siège attribué à l'organisation syndicale ayant obtenu le plus grand nombre de voix ; le second est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes, déduction faite du nombre théorique de voix nécessaire à l'obtention du premier siège.

La désignation des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements revient aux collectivités territoriales concernées, hormis les membres de droit pour lesquels aucune désignation formelle n'est requise.

Incompatibilités : nul ne peut être membre du conseil de surveillance

- à plus d'un titre
- s'il encourt une des incapacités prévues par les articles L.5 et L.6 du code électoral
- s'il est membre du directoire
- s'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses descendants ou ascendants en ligne directe, un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé
- s'il est lié à l'établissement par contrat, sauf exceptions prévues par le CSP
- s'il est agent salarié de l'établissement, sauf pour les membres du collège des représentants du personnel
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'ARS

- ◆ Président : le président du conseil de surveillance est élu parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées. L'ensemble des membres du Conseil participe à l'élection du président, qui se fait à la majorité absolue au premier et deuxième tour, et à la majorité qualifiée au troisième tour. En cas d'égalité lors de ce troisième tour, le doyen d'âge est désigné. Le président est élu pour cinq ans. Son mandat prend fin avant ce terme si cessent ses fonctions de membre du Conseil de Surveillance ou les fonctions au titre desquelles il aura été désigné. Le président désigne, au sein des premiers et troisièmes collègues, un vice-président qui préside en son absence.
- ◆ Membres avec voix consultatives : le président de la CME, en qualité de vice président du directoire, participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative, de même que le directeur général de l'ARS, le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique, le directeur de la caisse d'assurance maladie.

Le président du directoire participe sans être membre aux séances du conseil de surveillance et exécute ses délibérations. La présence de membres de l'équipe de direction est possible, dans la mesure où le directeur peut se faire assister des personnes de son choix.

Article 6 : fonctionnement

- ◆ Réunions : le conseil se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour est adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres et aux personnes siégeant à titre consultatif. En cas d'urgence, le délai peut être abrégé par le président. Le conseil se réunit au moins quatre fois par an, sauf si son règlement intérieur prévoit un nombre supérieur ; les séances ne sont pas publiques.
- ◆ Suspension ou renvoi de séance : le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas, le conseil se réunit à nouveau dans un délai compris entre trois et huit jours.
- ◆ Quorum : le conseil ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins de ses membres assiste à la séance. Cependant si après convocation régulière le quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion (trois à huit jours après) est réputée valable quel que soit le nombre des présents. Dans ce cas, le conseil peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.
- ◆ Votes : lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à bulletin secret si l'un des membres 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.
- ◆ Officialisation des débats : les délibérations sont conservées dans un registre, sous la responsabilité du président du directoire. Ce registre est tenu à la disposition des membres du conseil et du public, qui peuvent le consulter sur place ; ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.
- ◆ Transmission au directeur général de l'ARS : les délibérations sont immédiatement transmises au directeur général de l'ARS
- ◆ Comptes rendus : les membres du conseil reçoivent un compte rendu de séance dans les quinze jours suivant chaque réunion du conseil.
- ◆ Moyens de fonctionnement : le conseil dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur, qui fait assurer le secrétariat du Conseil de Surveillance.

Article 7 : compétences

- ◆ Compétence générale : le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion.

Dans le cadre du contrôle de gestion, le conseil communique au directeur général de l'ARS ses observations, tant sur le rapport annuel présenté par le directeur que sur la gestion de l'établissement.

A tout moment il peut procéder à toute vérification ou contrôle qu'il juge opportuns et se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

- ◆ Compétence décisionnelle : le conseil de surveillance délibère sur :
 - Le projet d'établissement
 - Le compte financier et l'affectation des résultats
 - Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
 - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur
 - Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou du conseil de surveillance, et toute convention à laquelle une de ces personnes est directement intéressée ou dans laquelle elle traite avec l'établissement par personne interposée
 - Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement

Les délibérations du conseil relatives au compte financier et à l'affectation des résultats sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur général de l'ARS

Les délibérations relatives au rapport annuel d'activité, ou aux statuts des fondations hospitalières sont exécutoires si le directeur général de l'ARS ne fait pas opposition dans les deux mois.

- ◆ Compétence consultative : le conseil de surveillance émet un 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 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat.
 - Le règlement intérieur de l'établissement
 - Le conseil de surveillance a également un rôle de proposition en matière de communauté hospitalière de territoire : le président du conseil peut proposer au directeur général de l'ARS la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire
 - Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'EPRD ainsi que sur le programme d'investissements. Il est également informé avant la nomination et la révocation des membres du directoire par le président du directoire
 - Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes

Sous section 2 : le directoire

Article 8 : composition

Le directoire est composé de sept membres qui appartiennent au personnel de l'établissement. Il est constitué d'une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.



- ◆ Membres de droit : au nombre de trois :
 - Le directeur qui préside le directoire
 - Le président de la CME, qui est vice-président du directoire
 - Le président de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- ◆ Membres nommés : le directeur, président du directoire, nomme quatre membres du directoire, après information du Conseil de Surveillance. Les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales sont nommés à partir d'une liste de propositions établie par le président de la CME. Cette liste comporte au moins trois noms et doit être présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, d'absence de propositions ou de caractère incomplet de la liste, le directeur peut demander une seconde liste, transmise sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, c'est le directeur qui nomme les membres de son choix.
- ◆ Fin de fonction des membres du directoire : le directeur peut mettre fin aux fonctions des membres nommés après information du Conseil de Surveillance. Le mandat des membres nommés prend également fin en cas de nomination d'un nouveau président du directoire.

Article 9 : fonctionnement

La durée du mandat des membres est de quatre ans

Le directeur organise les travaux du directoire. Le directoire se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé. La concertation a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par son président.

La mise aux voix n'est pas prévue par les textes, car contraire à l'esprit du directoire fondé sur le dialogue et la recherche du consensus.

Les fonctions de membres du directoire sont exercées à titre gratuit.

Article 10 : compétences

Le directoire prépare le projet d'établissement.

Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il est obligatoirement concerté quant à la politique de gestion de l'établissement, ce qui permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir d'éventuelles difficultés.

De la sorte, le directeur, après consultation du directoire :

- conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)
- décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement
- détermine le programme d'investissement, après avis de la CME pour les équipements médicaux
- fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations
- arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance
- arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activités
- propose au directeur général de l'ARS et aux autres professionnels et établissements de santé la constitution ou la participation à une action de coopération
- conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans



- conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location
- soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement
- conclut les délégations de service public
- arrête le règlement intérieur
- arrête le plan blanc de l'établissement
- décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord sur l'organisation du temps de travail avec les syndicats
- présente à l'ARS le plan de redressement

Le directoire approuve le projet médical : il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du CPOM. Le vice-président du directoire élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM. In fine, le directoire approuve le projet médical.

Sous section 3 : la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Article 11 : composition

- ◆ La composition de la CME est fixée par le règlement intérieur dans le respect des règles établies dans l'article R.6144-3 du CSP. elle comprend :
 - L'ensemble des chefs de pôles cliniques et médico-techniques sont membres de droit de la CME.
 - Des membres élus assurent la représentation des responsables de structures internes, des praticiens titulaires de l'établissement, des personnels non titulaires et des contractuels ou exerçant à titre libéral, des sages-femmes.
 - Une représentation des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie. Ces représentants sont désignés tous les 6 mois, à chaque début de stage par le directeur général de l'ARS après avis des organisations représentatives.

Sont membres de la CME avec voix consultatives : le président du directoire ou son représentant (assisté de toute personne de son choix) ; le président de la CSIRMT ; le praticien responsable de l'information médicale ; le représentant du CTE élu en son sein ; le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ; le représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.

- ◆ Composition de la CME du Centre Hospitalier de Bastia
 - Membres de droit : l'ensemble des chefs de pôles d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ; au nombre de six
 - Membres élus :
 - Treize représentants élus parmi les responsables des structures internes (2^{ème} collègue)
 - Six représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement (3^{ème} collègue)
 - Trois représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement (4^{ème} collègue)
 - Un représentant élu des sages-femmes (5^{ème} collègue)
 - Deux représentants des internes

Soit un total de trente et un membres pour un quorum fixé à seize.



Article 12 : élections et constitution de la CME

L'organisation des élections incombe au directeur de l'établissement qui proclame les résultats et arrête la liste des membres de la CME.

Les modalités d'organisation de ces élections sont fixées par voie réglementaire.

Article 13 : fonctionnement

La CME se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour. Elle peut également se réunir à la demande d'un tiers de ses membres, du président du directoire ou du directeur général de l'ARS sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

En l'absence du président et du vice-président, ou jusqu'à leur élection, la commission est présidée par le plus âgé des membres susceptibles de remplir cette fonction.

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur de l'établissement ou du secrétaire général du syndicat inter-hospitalier.

L'envoi des convocations est assuré par le secrétariat de la CME.

Sauf cas d'urgence, l'ordre du jour est adressé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

Lorsqu'après une consultation régulière le quorum n'a pas été atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre des membres.

Sauf vote à bulletin secret, la voix du président est prépondérante en cas d'égalité.

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

La CME définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur.

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 les modalités prévues par le règlement intérieur.

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

La commission siège normalement en formation plénière.

Toutefois lorsqu'elle examine les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des personnels médicaux, elle siège en formation restreinte. Dans ce cas, l'avis est donné hors de la présence du membre de la commission dont la situation est examinée ou de toute personne ayant avec l'intéressé un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au quatrième degré inclus. Les votes ont lieu au scrutin secret.

Article 14 : compétences

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

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

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

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
- l'évaluation de la prise en charge des patients, en particulier concernant les urgences et les admissions non programmées
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
- le fonctionnement de la permanence des soins
- l'organisation des parcours de soins

la CME propose au directeur le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, prenant en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables ; 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 CPOM. Ce programme doit être assorti d'indicateurs de suivi, dont l'évolution est présentée dans un rapport annuel élaboré par la commission.

La CME est consultée sur :

- Le projet médical d'établissement
- Le projet d'établissement
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux
- Les statuts des fondations hospitalières
- Le plan de développement professionnel continu (concernant les professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques)
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social

La CME est informée sur :

- L'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats
- Le CPOM
- Le rapport annuel d'activité de l'établissement
- Les contrats de pôles
- Le bilan annuel des tableaux de service
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir
- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- L'organisation interne de l'établissement
- La programmation des travaux et des aménagements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

Article 15 : le rôle du président de la CME

La loi HPST consacre le président de la CME comme autorité suivant celle du directeur, et comme coordonateur médical fonctionnant en binôme avec le directeur. Son statut et ses missions sont définis par le décret du 30 septembre 2009.



Le président de la CME :

- Est vice – président du directoire
- Coordonne la politique médicale de l'établissement
- Elabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM le projet médical de l'établissement
- Participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative
- Propose au directeur les listes de candidats en vue de la nomination dans les fonctions de chef de pôle
- Emet des avis sur la nomination et la recherche d'affectation des praticiens hospitaliers ; cet avis est communiqué au directeur général du CNG chargé de ces nominations sur proposition du président du directoire
- Emet un avis avant la signature des contrats de pôles pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, en ce qui concerne les pôles médicaux et médico-techniques
- Emet un avis sur l'admission par contrats, par le directeur et sur proposition du chef de pôle, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires de l'établissement.

Le président de la CME est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et la prise en charge des usagers, conjointement avec le directeur et sous réserve des attributions de la CME. Il peut ainsi organiser des évaluations internes, et il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité résultant des inspections et de la certification. Il présente également au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME

Le président de la CME élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le CPOM ; il en assure le suivi et la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel

Le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement, en contribuant à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques, en veillant à la coordination de la prise en charge du patient. Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ; il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu. Il présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

La fonction de président de la CME est comptabilisée dans les obligations de service. Elle est indemnisée. Le président de la CME dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions. Une formation lui est proposée à l'occasion de sa prise de fonction et, à sa demande, à l'issue de son mandat en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

Sous section 4 : le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Article 16 : composition

- ◆ Le CTE comprend, outre le directeur d'établissement (ou son représentant) qui le préside, les représentants du personnel, soit douze membres titulaires et douze membres suppléants. L'effectif pris en considération est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels, ainsi que les contractuels de droit public n'occupant pas un emploi permanent et les contractuels de droit privé ; cet effectif est apprécié le dernier jour du mois précédant de six mois la date du scrutin.

Le nombre des représentants à élire pour chaque collège est proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent. Il est attribué à chaque collège le nombre de sièges correspondant à



une partie entière de la proportion ; les sièges restant à attribuer le sont par ordre décroissant de la décimale jusqu'à atteindre le nombre total sans qu'une des catégories n'ait aucun siège ni que le nombre des sièges des représentants de la catégorie A soit inférieur à deux.

La durée du mandat est fixée à quatre ans, renouvelable. Cette durée peut exceptionnellement être réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé 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.

Le mandat peut être interrompu pour cause de décès du représentant, à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou de son mandat, d'un changement d'établissement, ou parce qu'il est frappé de l'une des causes d'inéligibilité prévues par la réglementation en vigueur.

Lors du renouvellement du CTE, les nouveaux membres entrent en fonction à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Lorsqu'un représentant titulaire cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un suppléant pris dans l'ordre de la liste au titre de laquelle il a été élu.

Le suppléant est lui-même remplacé par le suivant figurant sur la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles composant le collège mentionné à l'article R.6144-53 du CSP.

Lorsqu'un représentant suppléant du personnel cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions, il est remplacé dans les conditions prévues à cet article.

Le mandat des représentants titulaires ou suppléants prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou des suppléants qu'ils remplacent.

Lorsqu'un représentant titulaire ou suppléant change de catégorie, tout en demeurant dans l'établissement, il continue à représenter le collège au titre duquel il a été élu.

Lorsqu'un représentant titulaire est dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité, il peut être remplacé par un des suppléants figurant sur la liste au titre de laquelle il a été élu.

◆ Organisation des élections.

Les modalités d'organisation des élections des membres du CTE sont fixées par voie réglementaire.

Article 17 : fonctionnement

Le comité établit son règlement intérieur. Les réunions ont lieu sur convocation de son président à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires des personnels. Dans ce dernier cas le comité est réuni dans un délai de quinze jours. La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

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

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



Le président du comité peut, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour. Les experts n'ont pas voix délibérative et ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

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

Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire.

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

Les délibérations ne sont valides que lorsque la moitié au moins des membres ayant voix délibérative est présente lors de l'ouverture de la réunion. Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours, au cours de laquelle le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour, quel que soit le nombre de membres présents.

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf sur demande expresse d'un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote. En cas d'égalité des voix, l'avis est réputé avoir été donné, ou la proposition formulée.

Les avis ou vœux émis sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance et du directoire.

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

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

Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux. Les séances du comité ne sont pas publiques.

Article 18 : compétences

Le CTE est obligatoirement consulté sur :

- Les projets de délibération soumis au conseil de surveillance et sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement ;
- 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'EPRD et des actions de coopération proposées par le président du directoire au directeur général de l'ARS.

Article 19 : dispositions communes à la CME et au CTE

Les deux instances peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes, à la suite de quoi elles émettent des avis distincts.

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

Après avoir entendu le directeur, les deux instances peuvent décider, à la même majorité qualifiée, de faire établir par deux de leurs membres respectifs un rapport conjoint ; le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de saisir de ses conclusions le conseil de surveillance et le directoire. Au vu de ce rapport, la CME et le CTE peuvent décider à la majorité qualifiée de procéder à la saisine.

Sous section 5 : la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

Article 20 : composition

Chaque établissement de santé détermine par le biais du règlement intérieur le nombre de représentants par collège et la proportion entre les trois collèges :

- Collège des cadres de santé : trois huitièmes
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : quatre huitièmes
- Collège des aides soignants : un huitième

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

Le nombre de sièges de suppléants est égal, par collège, à celui des membres titulaires.

La CSIRMT est présidée par le coordonateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui rend compte, chaque année de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au directoire. Le président est membre de droit du directoire.

Organisation des élections :

Les modalités d'organisation des élections des membres de la CSIRMT sont fixées par voie réglementaire.

Article 21 : fonctionnement

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



L'ordre du jour est fixé par le président.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- Le directeur des soins, qui assiste le coordonnateur général des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques.
- Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et des écoles paramédicales rattachées à l'établissement
- Un représentant des étudiants de troisième année, désigné par le directeur de l'institut de formation paramédicale après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de chaque institut de formation en soins infirmiers, de rééducation ou médico-techniques, rattaché juridiquement à l'établissement.
- Un élève aide soignant désigné par le directeur de l'institut de formation ou de l'école, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de cet organisme, rattaché juridiquement à l'établissement.
- Un représentant de la CME.

La commission délibère valablement lorsque la moitié au moins des membres élus sont présents. Si le quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

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

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

Le président rend compte chaque année de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au directeur de l'établissement.

Article 22 : compétences

La CSIRMT est consultée sur :

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

La CSIRMT est informée sur :

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



Sous section 6 : le comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Article 23 : composition et fonctionnement

Le CHSCT est présidé par le directeur ou son représentant et est composé de

- 6 représentants syndicaux titulaires
- 6 représentants syndicaux suppléants
- 1 représentant de la commission médicale d'établissement

Siègent également, avec voix consultative :

- Le médecin du travail
- Le directeur des services économiques
- L'ingénieur responsable des services techniques, ou à défaut le technicien chargé de l'entretien des installations
- Le directeur des soins
- Le praticien hygiéniste
- L'inspecteur du travail

Tout représentant suppléant désigné selon le cas par une organisation syndicale ou la CME peut siéger en remplacement de tout représentant titulaire, désigné dans les mêmes conditions. L'inspecteur du travail et les agents du service de prévention des organismes de sécurité sociale sont informés des réunions du CHSCT et peuvent éventuellement y assister.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre. Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ou à la demande motivée d'au moins deux membres représentants du personnel. Le comité élit en son sein son secrétaire, parmi les représentants du personnel. Le président du comité établit conjointement avec le secrétaire l'ordre du jour de chaque réunion. Pour accomplir ses missions, le CHSCT 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 peut susciter toute initiative qu'il estime utile pour la prévention des risques professionnels dans l'établissement. Le refus éventuel de l'employeur de donner suite à ces initiatives doit être motivé ; le comité peut procéder à des études et à des inspections pour lesquelles il a la possibilité de prendre l'avis de personnes qualifiées.

Les représentants titulaires du personnel au comité bénéficient des formations nécessaires à l'exercice de leur mission, au titre desquelles un congé de formation avec traitement, d'une durée maximale de cinq jours, leur est accordé.

Article 24 : compétences

Le CHSCT est chargé d'étudier et de donner des avis sur des problèmes relatifs à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail des personnels. Il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement et à l'amélioration de leurs conditions de travail. Ses missions sont fixées par le code du travail et par voie de circulaire.

- ◆ Le CHSCT est ainsi en charge de la prévention liée aux domaines de compétence de l'hôpital : dans le domaine de la protection des agents contre les dangers des rayonnements ionisants, le CHSCT donne son avis dans le cas où une exposition exceptionnelle se révélerait nécessaire. Il donne également son avis sur la définition de la zone contrôlée : il participe à la formation à la radioprotection des personnels intéressés et veille à l'exécution des missions de la personne compétente. En matière de nouvelles technologies, le CHSCT étudie leurs incidences sur les conditions de travail des agents de l'établissement.

- ◆ Le CHSCT dispose d'un droit de regard et émet son avis sur :
 - Tout document se rattachant à sa mission, notamment le règlement intérieur
 - Tout projet d'aménagement des postes de travail et de réinsertion des accidentés du travail, invalides ou travailleurs handicapés
 - Toute question de sa compétence dont il est saisi par le chef d'établissement
 - Toute question concernant un établissement voisin dont l'activité expose les salariés de son ressort à des nuisances particulières
 - Le document unique relatif à l'évolution des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs que doit mettre en place tout employeur. Ce document doit être tenu à la disposition des membres du CHSCT et constitue une des sources d'information permettant à cette instance d'exercer ses prérogatives
- ◆ Le CHSCT dispose d'un droit d'alerte : en cas de constat d'un danger grave et imminent par un de ses membres, le CHSCT en avise immédiatement le directeur qui fait procéder sur le champ à une enquête et prend toutes les dispositions nécessaires pour y remédier. Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires et donne les instructions pour permettre aux travailleurs d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail. Pour le cas où l'employeur n'aurait pas fait remédier à une situation de danger grave et imminent signalé par un membre du CHSCT, et qui aurait entraîné un accident du travail ou une maladie professionnelle, le code de la sécurité sociale définit la notion de faute inexcusable de l'employeur dans son article L.452-1
- ◆ En cas de constat d'un danger grave ou imminent par un de ses membres, le CHSCT avise immédiatement le chef d'établissement. Cet avis est consigné par écrit dans un registre spécial avec précision des mentions suivantes :
 - Le ou les postes de travail concernés
 - Nom du ou des agents concernés
 - Nature et cause du danger

Cet avis est daté et signé.

Dès qu'il a été avisé de l'existence d'une cause de danger grave et imminent, le chef d'établissement ou son représentant a l'obligation de procéder à une enquête avec le membre du comité qui l'a avisé. Il doit ensuite prendre les dispositions propres à remédier à la situation de danger grave et imminent. En cas de divergence sur la réalité du danger ou la manière de le faire cesser, le chef d'établissement doit :

- Réunir le comité d'urgence au plus tard dans les vingt-quatre heures
- Saisir l'inspecteur du travail et l'agent de service de prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, qui peuvent assister à la réunion du comité.

Sous section 7 : les commissions administratives paritaires locales

(CAPL)

Article 25 :

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'établissement.

Les corps des fonctionnaires de catégories A, B et C relèvent de neuf commissions administratives paritaires distinctes :

- ◆ Trois commissions pour les corps de catégorie A
- ◆ Trois commissions pour les corps de catégorie B
- ◆ Trois commissions pour les corps de catégorie C

Les commissions administratives paritaires comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants.



Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement et la notation du fonctionnaire.

Un fonctionnaire ne peut siéger lorsque la commission doit émettre un avis le concernant à titre individuel.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales se réunissent au moins deux fois par an. La présidence en est assurée par le Président du Conseil de Surveillance de l'établissement. Le secrétariat des commissions administratives paritaires locales est assuré par l'établissement concerné. Un représentant du personnel est désigné par la commission en son sein, lors de chaque séance, pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

Les séances des Commissions Administratives Paritaires Locales ne sont pas publiques. Leur fonctionnement fait l'objet d'un règlement intérieur.

Sous section 8 : le comité médical départemental et la commission de réforme

Article 26 : le comité médical départemental

Dans chaque département, un comité médical départemental compétent à l'égard des fonctionnaires exerçant leurs fonctions dans les départements considérés est constitué auprès du préfet. Ce comité comprend deux praticiens de médecine générale et éventuellement un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée d'un agent. Un suppléant est désigné pour chacun de ces membres.

Les comités médicaux sont chargés de donner à l'autorité compétente, dans les conditions fixées par le décret n°86-442 du 14 mars 1986, un avis sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever à propos de l'admission des candidats aux emplois publics, de l'octroi et du renouvellement des congés de maladie et de la réintégration à l'issue de ces congés.

Ils sont consultés obligatoirement en ce qui concerne :

- La prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- L'octroi des congés de longue maladie et de longue durée ;
- Le renouvellement de ces congés ;
- La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou disponibilité ;
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
- Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire, ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires.

Article 27 : la commission de réforme

Dans chaque département, il est institué une commission de réforme départementale compétente à l'égard des fonctionnaires exerçant leurs fonctions dans les départements considérés. Cette commission, placée sous la présidence du préfet ou de son représentant, qui dirige les délibérations mais ne participe pas aux votes, est composée comme suit :

- Le chef de service dont dépend l'intéressé ou son représentant ;
- Le trésorier-payeur général ou son représentant ;
- Deux représentants du personnel appartenant au même grade ou, à défaut, au même corps que l'intéressé, élus par les représentants du personnel, titulaires et suppléants, de la commission administrative paritaire locale dont relève le fonctionnaire ;
- Les membres du comité médical départemental.



La commission de réforme est consultée notamment sur :

- La réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, la preuve de leur imputabilité au service et le taux d'invalidité qu'elles entraînent ;
- L'application, s'il y a lieu, des dispositions réglementaires relatives à la mise en disponibilité d'office pour raison de santé.

Section 3 : les sous-commissions

Sous section 1 : le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)

Article 28 : composition

Outre le directeur et les chefs de pôles, sont membres du CLIN :

- Le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Les responsables du laboratoire, le responsable de la pharmacie hospitalière et le responsable de la santé au travail
- Un médecin de chacune des spécialités disponibles à l'hôpital
- L'épidémiologiste en fonction à l'hôpital
- Un ingénieur biomédical
- Le représentant de l'équipe opérationnelle d'hygiène

Le président du comité est désigné par et parmi les membres du comité.

Le comité peut faire appel à toute personne dont il juge la participation utile à ses travaux.

Article 29 : attributions organisation et fonctionnement

Le CLIN organise au sein de l'établissement la lutte contre les infections contractées dans l'établissement de santé et la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques. Il lui revient ainsi de :

- Proposer le programme d'action de lutte contre les infections
- Proposer les mécanismes de coordination des actions menées dans les services en matière de lutte contre les infections nosocomiales
- Participer à la formation des professionnels de santé en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales conformément aux orientations nationales
- Proposer un dispositif de surveillance des infections nosocomiales
- Promouvoir l'application des recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène hospitalière
- Evaluer périodiquement les actions de lutte contre les infections nosocomiales
- Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès des usagers de l'hôpital

Le CLIN est également chargé d'établir un rapport périodique de situation sur la lutte contre les infections nosocomiales et de veiller à sa diffusion.

Il est consulté par la direction de l'hôpital sur toute question en rapport avec l'hygiène hospitalière et les infections nosocomiales.

Le comité se réunit à l'initiative de son président une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire.

Sous section 2 : le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

Article 30

Le CLUD a pour missions de définir et de proposer les mesures et actions permettant de réaliser dans l'hôpital l'engagement de lutter contre la douleur, de coordonner l'action des



différentes parties prenantes, tant dans le domaine des soins que celui de la formation continue des personnels médicaux et non médicaux. Il lui revient également d'assurer un rôle d'observatoire de la prise en charge de la douleur dans l'hôpital, en réunissant les informations nécessaires à la connaissance des besoins de l'établissement et à l'élaboration d'une stratégie adaptée à la diversité des populations prises en charge, ainsi que de réaliser des actions d'évaluation des politiques engagées.

Sous section 3 : le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS)

Article 31

Le COMEDIMS est formé de médecins, pharmaciens et représentants de l'administration hospitalière.

Il traite de tous les sujets relatifs aux médicaments et dispositifs médicaux.

Il a pour mission de définir la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (DMS), d'élaborer les recommandations de prescription et de bon usage des médicaments et des DMS, de participer à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, d'établir le livret du médicament et des DMS, de définir les règles d'admission de ces produits dans l'hôpital et de suivre leur consommation.

Sous section 4 : le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Article 32

- ◆ Le CLAN est formé :
 - du directeur ou de son représentant
 - de dix représentants au plus parmi les médecins, dont un pharmacien, désignés par la CME
 - du responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant
 - du responsable de l'activité diététique
 - du responsable de la qualité
 - du responsable de la formation
 - du responsable de la restauration
 - du président du CLIN ou son représentant
 - d'un représentant des usagers
 - d'une IDE et d'une AS désignées en son sein par la CSIRMT
- ◆ le CLAN participe aux orientations et mesures relatives à la politique d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentaire, ainsi qu'aux actions d'ordre général susceptibles d'en modifier la pratique. Le CLAN participe également à la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de la nutrition et de la restauration, ainsi qu'à la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.

Le CLAN est partie prenante de la définition de la formation continue spécifique à mettre en place dans le plan de formation, et il participe à l'évaluation des actions entreprises. Il fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

Sous section 5 : le comité de vigilance

Article 33

Composé d'un membre du COPIL Qualité, du coordonateur vigilance, des responsables de la pharmacovigilance, de la matéro-vigilance, de l'acquavigilance, de la réactovigilance, de la biovigilance et de l'hémovigilance, ainsi que d'un représentant de la CCQSS, Ce comité



analyse et propose des actions d'améliorations pour tout événement indésirable ayant une criticité supérieure à 3.

Ce comité veille également à l'application et au suivi des vigilances règlementaires ; il reçoit l'ensemble des informations relatives aux EIG liés aux soins quelle que soit leur nature, leur cause et leur modalité de signalement et de recueil. Le comité est informé sur les résultats d'audit ou d'enquête ayant un lien avec la sécurité des patients, afin de comprendre les causes des événements indésirables et d'en prévenir les récurrences.

Il s'assure que les actions de prévention et les actions correctives définitives ont été mises en place, et veille à ce que les indicateurs sur la sécurité des soins soient élaborés.

Sous section 6 : le comité des soins non programmés

Article 34

Formé par des médecins de différentes spécialités, d'un pharmacien, du président de la CME, de son suppléant, du directeur de l'établissement, du directeur des soins et du directeur des ressources humaines, ce comité a pour but de s'assurer de la sécurité des soins pour les différentes spécialités représentées dans l'établissement. Il est chargé d'organiser à travers la cellule d'ordonnancement les différents protocoles d'admission dans les services avec les spécialistes concernés. C'est également lui qui a pour rôle d'optimiser le flux des urgences sans pénaliser la capacité des services de spécialité à garder une activité programmée.

Sous section 7 : le comité de suivi et d'évaluation

Article 35 : composition et fonctionnement

Le comité se compose d'un représentant de chaque pôle médical, d'un représentant du pôle médico-technique, d'un représentant des infirmiers, d'un représentant du pôle des affaires administratives et du responsable des ressources financières et informationnelles, qui assure le secrétariat.

Le comité peut adjoindre à ses réunions toute personne dont il juge la présence utile pour le bon déroulement de ses travaux.

Le comité est présidé par le directeur.

Les réunions ont lieu une fois par trimestre.

Article 36 : compétences

Le comité de suivi et d'évaluation a pour missions, sur la base des orientations de la CME et du CTE, d'assurer le suivi de l'hôpital au niveau clinique et informationnel et le suivi de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières. Le comité est également en charge de l'examen des données sur l'activité hospitalière et de l'analyse de la performance de l'hôpital.

Le comité procède à l'analyse mensuelle des indicateurs et résultats obtenus, à partir desquels il propose au directeur des axes d'amélioration de la qualité et/ou de la performance qui serviront comme éléments indicatifs pour la planification stratégique de l'hôpital.

Un rapport de synthèse trimestriel et un rapport annuel sont adressés par le comité de suivi et d'évaluation au directoire, au conseil de surveillance, à la CME et au CTE.

Section 4 : organisation et attribution des pôles d'activité

Sous section 1 : organisation des activités en pôles

Article 37 : dispositions générales

Les pôles d'activité sont définis par chaque établissement, par le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME. Cette organisation doit être conforme au projet médical de l'établissement.



Le choix de la dénomination, du nombre, de la taille et de la composition des pôles appartient à l'établissement conformément au principe de la liberté d'organisation.

Article 38 : organisation des pôles d'activités

Le Centre Hospitalier de Bastia s'organise comme suit :

- ◆ Cinq pôles d'activités cliniques :
 - Pôle médico-chirurgical
 - Pôle mère-enfant et santé publique
 - Pôle médecine et spécialités
 - Pôle psychiatrie et gériatrie
 - Pole soins continus
- ◆ Un pôle d'activités médico-techniques
- ◆ Un pôle ressources

Sous section 2 : Les chefs de pôles

Article 39 : nomination

Les chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME.

Cette liste comporte au moins trois noms pour la nomination de chaque chef de pôle et est présentée au directeur par le président de la CME dans un délai de trente jours à compter de la demande. En cas d'absence de proposition dans ce délai de trente jours, le directeur nomme la personne qu'il choisit. En cas de désaccord sur les noms portés sur la liste, ou si celle-ci est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme les chefs de pôles de son choix.

Peuvent exercer les fonctions de chefs de pôles d'activité cliniques ou médico-techniques les praticiens mentionnés à l'article L.6151-1 du CSP et aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L.6152-1 du CSP.

Peuvent être nommés chefs de pôles

- Les praticiens hospitalo-universitaires
- Les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie
- Les praticiens contractuels
- Les praticiens contractuels associés

Le directeur nomme les autres chefs de pôles d'activité, sans que cette nomination ne requière d'avis.

Les chefs de pôles sont nommés pour une durée de quatre ans, renouvelable par la même procédure que celle de nomination.

A tout moment il peut être mis fin à la fonction de chef de pôle, dans l'intérêt du service, par décision du directeur après avis du président de la CME pour les chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques.

Article 40 : missions et fonctions

- ◆ 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 assignés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction de la nécessité de l'activité. Pour cela, il tient compte des objectifs prévisionnels du pôle. Il agit dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et des responsabilités des structures prévues par le projet de pôle.



Le chef de pôle exerce un rôle, dont les modalités précises sont indiquées dans le contrat 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 continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques

Le chef de pôle intervient dans la nomination des personnels médicaux en proposant au directeur la nomination et la mise en recherche des praticiens hospitaliers, proposition qui donne lieu à un avis du président de la CME.

Concernant l'admission sur contrats de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, le chef de pôle la propose au directeur. Le président de la CME donne son avis.

Au sein de son pôle, le chef de pôle a pour mission d'organiser une concertation interne, pour laquelle il associe toutes les catégories de personnel

- ◆ Tous les chefs de pôles cliniques ou médico-techniques sont membres de la CME. Toutefois, la fonction de chef de pôle est incompatible avec celle de président de la CME.

Le chef de pôle n'est pas obligatoirement membre du directoire.

Il n'y a aucune incompatibilité entre la fonction de chef de pôle et la présence au conseil de surveillance en tant que représentant élu du personnel.

- ◆ Le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement du pôle. Cette autorité comprend l'affectation des ressources en fonction de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.
- ◆ Conformément à la politique de contractualisation interne de l'établissement, le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle dans lequel sont définis le champ et les modalités du rôle de chef de pôle. Le directeur peut également mettre en place une délégation de signature ou de gestion afin d'engager des dépenses dans des domaines expressément listés par les textes, soit :
 - Dépenses de crédit de remplacement des personnels non permanents
 - Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux
 - Dépenses de caractère hôtelier
 - Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical
 - Dépenses de formation du personnel
- ◆ Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement ; si le pôle comprend une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.



- ◆ Dans les deux mois suivants leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et comprenant les apprentissages suivants :
 - Gestion budgétaire et financière
 - Pilotage médico-économique et performance hospitalière
 - Systèmes d'information hospitaliers
 - Management des ressources humaines
 - Qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins
 - Management d'équipe et conduite du changement

Cette formation peut également comporter un accompagnement pour la mise en œuvre des contrats de pôles.

La durée totale de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle ne peut pas être inférieure à soixante heures.

- ◆ Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôles, modulée en fonction des objectifs figurant dans le contrat de pôle et comprenant
 - Une part fixe d'un montant de 200 euros bruts
 - Une part variable annuelle d'un montant maximum de 2400 euros bruts, déterminée par le directeur en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle

Le versement de l'indemnité est suspendu lorsque les fonctions du chef de pôle prennent fin ou lorsque le praticien démissionne de ses fonctions avant le terme de son mandat.

Cette indemnité n'est pas assujettie au régime de retraite complémentaire.

Sous section 3 : structure interne des pôles

Chaque pôle est divisé en structures internes dont l'organisation sera le reflet de la stratégie médicale et médico-technique adoptée pour chaque pôle.

Article 41 : liste des structures internes

- ◆ Pôle médico-chirurgical
 - Chirurgie spécialisée (viscérale, thoracique, vasculaire et gynécologique)
 - Bloc opératoire et Unité de Chirurgie Ambulatoire
 - Gastroentérologie et Oncologie
 - Consultations externes et Hôpital de jour
 - Rééducation fonctionnelle
 - Orthopédie et Maxillo-faciale
 - Pneumologie et Hôpital de semaine
- ◆ Pôle mère-enfant et Santé publique
 - Pédiatrie
 - Obstétrique et Consultations de gynécologie
 - Pédopsychiatrie
 - Prévention (CLAT – DIM – Hygiène)
 - Maison des adolescents
- ◆ Pôle médecine et Spécialités
 - Cardiologie
 - Hémodialyse
 - Médecine polyvalente
- ◆ Pôle Psychiatrie et Gériatrie
 - Secteur 1 Psychiatrie
 - Secteur 2 Psychiatrie
 - Unité de court séjour gériatrique



- Long séjour (EHPAD – USLD)
- ◆ Pôle Soins Continus
 - Urgences et UHCD
 - SAMU et SMUR
 - Réanimation et Surveillance continue
- ◆ Pôle médico-technique
 - Pharmacie
 - Laboratoire
 - Imagerie médicale
- ◆ Pôle Ressources
 - Politique sociale et du soin
 - Affaires matérielles, Logistique et technique
 - Stratégie, Affaires Médicales, Systèmes d'information, Qualité – gestion des risques, Patientèle

Il revient au directeur de nommer les responsables de structures internes, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME.

Article 42 : concertation interne

- ◆ Par application de l'article R. 6146-9-1 du code de la santé publique, le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.
- ◆ La définition des modalités d'organisation de cette concertation interne et leur mise en œuvre incombent aux chefs de pôle.
- ◆ Les conseils de pôle n'apparaissent plus dans la loi HPST et sont donc supprimés.

Sous section 4 : contrats et projets de pôles

Article 43 : le contrat de pôle

- ◆ Le directeur signe le contrat de pôle avec le chef de pôle après concertation avec le directoire. L'avis du président de la CME est requis pour les pôles d'activités cliniques ou médico-techniques. Le contrat de pôle est signé avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre.
- ◆ Le contrat de pôle est signé pour une période de quatre ans. Il peut faire l'objet d'avenants. Il peut également donner lieu à une ou plusieurs réunions de dialogue de gestion entre la direction et le pôle durant sa période d'exécution.
- ◆ Conclu avec chaque pôle, le contrat en précise les objectifs et les moyens. Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins sont obligatoirement définis. Le contrat fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.
- ◆ Le contrat procède d'un cadre qui est lui même la traduction de la politique de contractualisation de l'établissement. Il précise les modalités de gestion dans les domaines suivants :
 - Gestion des ressources humaines et organisation du pôle :
 - 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 odontologistes ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière.
 - Proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle.

- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale et 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, maïeutiques et odontologiques.
- Modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion le cas échéant.

Article 44 : le projet de pôle

- ◆ Il revient au chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique d'élaborer un projet de pôle, après la signature du contrat de pôle.
- ◆ Ce projet définit :
 - Les missions et responsabilités confiées aux structures internes
 - L'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle
- ◆ Le projet de pôle prévoit les évolutions du champ d'activité de ces structures ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.
- ◆ Le projet de pôle détermine donc l'activité médicale du pôle, les objectifs de niveau d'activité pour chaque structure interne ou pour les professionnels, les ressources nécessaires à venir, les évolutions.
- ◆ Lorsqu'il est nommé, le chef de pôle dispose d'un délai de trois mois pour élaborer le projet du pôle dont il a la responsabilité. Le projet de pôle doit être élaboré de manière participative avec les responsables des structures internes et les cadres du pôle.

Sous section 5 : les fonctions médicales

Article 45 : praticiens hospitaliers temps plein

Les praticiens hospitaliers temps plein assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par l'établissement.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les praticiens hospitaliers temps plein, en position d'activité, consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'établissement de santé et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention.

Un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.

Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.

Les praticiens hospitaliers temps plein ont la responsabilité médicale de la continuité des soins, conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement.

Les praticiens hospitaliers temps plein doivent participer aux jurys de concours et d'exams organisés par le ministère de la santé ou sous son contrôle ainsi que dans les conditions définies par le ministère de la santé, à l'enseignement et à la formation des personnels des hôpitaux ou organismes extra-hospitaliers du secteur.

Article 46 : activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein

Dès lors que l'exercice des missions de service public n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies ci-après.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

- ◆ Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- ◆ Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- ◆ Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale de l'établissement public de santé dans lequel il exerce les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.

Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du directeur, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Les attributions, les conditions de fonctionnement et la composition de cette commission, au sein de laquelle doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé, sont fixées par voie réglementaire.

Cette commission peut, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents.

Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix. En cas d'hospitalisation, il formule expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien.

Article 47 : praticiens hospitalier à temps partiel

Les praticiens hospitaliers à temps partiel assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par l'établissement.

Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel ont la responsabilité médicale de la continuité des soins conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement.



Ils doivent en particulier :

- ◆ Participer à l'ensemble de l'activité de la structure, et :
 - dans les structures organisées en temps continu, assurer le travail de jour et de nuit ;
 - dans les autres structures, assurer le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la permanence des soins organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.
- ◆ Participer au remplacement des praticiens à temps plein, ou à temps partiel, imposé par les différents congés.

Ils doivent en outre participer aux jurys de concours et d'examens organisés par le ministère de la santé ou sous son contrôle ainsi que dans les conditions définies par le ministère de la santé à l'enseignement et à la formation des personnels des hôpitaux ou organismes extra-hospitaliers du secteur.

Le service normal hebdomadaire des praticiens des hôpitaux à temps partiel est fixé à six demi-journées. Il peut être ramené à cinq demi-journées ou à quatre demi-journées lorsque l'activité hospitalière le justifie.

Un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur d'établissement sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne dont relève le praticien.

Article 48 : praticiens contractuels

Les établissements publics de santé peuvent recruter des médecins en qualité de praticiens contractuels à temps plein ou de praticiens contractuels à temps partiel.

Les praticiens contractuels employés à temps plein s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement, sous réserve des activités autorisées au titre du cumul d'activités et de rémunérations, conformément aux dispositions de l'article 25 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée et des dispositions réglementaires prises pour leur application.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels à temps partiel correspond à une quotité comprise entre quatre et neuf demi-journées hebdomadaires.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire des praticiens est calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures, au prorata de la durée des obligations de service hebdomadaires du praticien.

Les praticiens contractuels participent à la continuité des soins conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement.

A ce titre, ils assurent en particulier :

- ◆ Dans les structures organisées en temps continu, le travail de jour et de nuit ;
- ◆ Dans les autres structures, le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Article 49 : assistants des hôpitaux

Les médecins peuvent être recrutés en qualité d'assistant des hôpitaux.

Les assistants des hôpitaux exercent à temps plein ou à temps partiel des fonctions de diagnostic, de soins et de prévention au sein de l'établissement, sous l'autorité du chef de pôle

ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent.

Un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont relève l'assistant.

Le service hebdomadaire des assistants exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.

Lorsqu'ils exercent leurs fonctions à temps partiel, l'obligation de service des assistants est fixée à cinq ou six demi-journées hebdomadaires ou, dans le cadre d'un service organisé en temps continu, à une durée horaire définie sur la base de quarante-huit heures, au prorata des obligations de service hebdomadaires du praticien et calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Les assistants participent à la continuité des soins conjointement avec les autres membres du corps médical de l'établissement.

A ce titre, ils assurent en particulier :

- ◆ Dans les structures organisées en temps continu, le travail de jour et de nuit ;
- ◆ Dans les autres structures, le travail quotidien du matin et de l'après-midi ; en outre, ils participent à la continuité des soins organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile.

Article 50 : praticiens attachés

Les praticiens attachés exercent des fonctions hospitalières et participent aux missions définies à l'article L.6112-1 du code de la santé publique.

Ils sont placés sous l'autorité du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne dont ils relèvent.

Un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne.

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

Pour un praticien exerçant à temps plein, le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées hebdomadaires sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.

Lorsque le praticien exerce son activité à temps partiel, la limite horaire de ses obligations de service est définie, sur la base de quarante-huit heures, au prorata des demi-journées inscrites au contrat.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire des praticiens est calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.

Lorsque le praticien exerce à temps partiel, son obligation de service hebdomadaire ne peut excéder une durée définie, sur la base de quarante-huit heures, au prorata des demi-journées d'obligations de service hebdomadaire définies au contrat.

Les praticiens attachés participent à la continuité des soins avec les autres praticiens de l'établissement.



A ce titre, les praticiens attachés, en particulier :

- ◆ Dans les structures organisées en temps continu, assurent le travail de jour et de nuit ;
- ◆ Dans les autres structures, assurent le travail quotidien du matin et de l'après-midi et, en outre, participent à la continuité des soins organisée soit sur place, soit en astreinte à domicile ;
- ◆ Quelle que soit la structure, participent aux remplacements imposés par les différents congés ou absences occasionnelles des praticiens de l'établissement ;
- ◆ Quelle que soit la structure, répondent aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs obligations de service.

Article 51 : internes

Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales et à sa formation.

Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine comprenant :

- neuf demi-journées d'exercice effectif de fonctions dans la structure d'accueil sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ;
- et deux demi-journées par semaine consacrées à sa formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.

L'interne participe au service de gardes et astreintes.

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

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

Les internes s'acquittent des tâches qui leur sont confiées et participent à la continuité des soins.



CHAPITRE DEUX : organisation des soins

Section 1 : Admissions

Sous section 1 : les admissions Ordinaires

Article 52 : admission ordinaire

On entend par admission ordinaire, toute hospitalisation complète ou de jour programmée en dehors des urgences.

Les modalités d'admission s'effectuent au bureau des entrées situé dans le hall du centre hospitalier.

Tout refus d'admission doit être motivé par écrit.

L'admission au centre hospitalier de Bastia est prononcée par le directeur ou son représentant sur avis d'un médecin.

Article 53 : ordonnance médicale d'admission et demande de prise en charge

Aucune admission ordinaire en hospitalisation ne peut avoir lieu en l'absence d'une décision médicale prise par un médecin en fonction à l'hôpital, ou par le médecin traitant. Dans ce cas, le certificat doit être accompagné d'une lettre cachetée à destination du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements médicaux utiles pour le diagnostic et le traitement.

Le médecin hospitalier décide de l'admission sur la base de l'examen du patient ou de son dossier médical en cas de référence.

Lorsque le médecin décide de l'hospitalisation, il doit :

- délivrer au patient une ordonnance médicale d'admission portant notamment les indications sur l'identité du patient, le motif, le pôle ou la structure interne, et la date prévue pour l'hospitalisation.
- Etablir une demande d'accord de prise en charge pour les patients qui disposent d'une assurance maladie

L'ordonnance médicale et la demande prise en charge doivent comporter lisiblement le nom et la signature du médecin ayant décidé l'hospitalisation.

L'admission ordinaire ne peut se faire que pendant les jours et les heures ouvrables de la semaine.

Article 54 : billet d'entrée

Aucun patient ne peut être hospitalisé dans le cadre de l'admission ordinaire sans l'établissement d'un billet d'entrée par le bureau des entrées.

Un service de pré-admission a été mis en place au niveau du bureau des entrées, selon la même procédure que celle de l'admission ordinaire. Le jour de son hospitalisation, le patient peut se rendre directement dans le service sans repasser par le bureau des entrées. Ce mode d'admission est particulièrement recommandé en cas d'entrée en dehors des horaires d'ouverture du service.

En cas d'indisponibilité de lits, l'hospitalisation peut être programmée avec un rendez-vous après avis du médecin ayant décidé l'hospitalisation. En aucun cas l'hospitalisation ne peut être différée si l'état de santé du patient risque de s'aggraver et/ou de compromettre son pronostic vital.

Article 55 : formalités d'admission ordinaire

Le patient ou son accompagnant se présente au bureau des entrées pour l'accomplissement des formalités administratives d'admission, muni de l'ordonnance médicale d'admission,



d'une pièce d'identité, et des documents exigés par la réglementation en vigueur en fonction de son statut de couverture médicale.

- Les bénéficiaires d'une couverture sociale doivent fournir leur carte vitale et l'attestation qui l'accompagne, ainsi que les documents référant à leur mutuelle éventuelle
- Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle doivent être munis de l'attestation de CMU
- Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat doivent disposer d'une décision d'admission d'urgence, ou à défaut, de tous les documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation
- Les bénéficiaires de l'article L.115 du code des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de Guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.
- Les patient 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, à titre provisoire, une somme, renouvelable selon la durée de l'hospitalisation et qui viendra en déduction de l'avis de somme à payer correspondant à leur séjour.

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.

Article 56 : admission des accompagnants

A titre exceptionnel, si l'état de santé du patient l'exige et lorsque la disponibilité des lits le permet, le directeur de l'établissement peut autoriser l'admission d'un parent du patient hospitalisé après avis du médecin traitant, ou du praticien du service. L'accompagnant est tenu à l'accomplissement des formalités administratives auprès du bureau des entrées.

L'accompagnant ne peut pas se prévaloir de son maintien à l'hôpital si les nécessités du service requièrent l'utilisation du lit qu'il occupe.

Article 57 : dispositions particulières

Pour les patients appelés à revenir régulièrement suivre des traitements au sein de l'établissement, notamment pour les patients suivis en dialyse ou en rééducation une procédure particulière d'ouverture de dossier est prévue au bureau des entrée, et ce afin d'éviter la répétition des formalités d'admission..

Article 58 : dépôt des biens

Lors de son admission dans l'unité de soins, l'hospitalisé est invité à effectuer, auprès de l'administration de l'établissement, le dépôt des sommes d'argent, objets de valeur et papiers d'identité qui sont en sa possession.

Sous section 2 : les admissions par les Urgences :

Article 59 : accueil aux urgences

Tout patient, blessé ou parturiente qui se présente en situation d'urgence doit être reçu, examiné et admis en hospitalisation, le cas échéant, si son état l'exige, même en cas d'indisponibilité de lits. Les frais ne lui seront réclamés qu'à la fin des soins.

Si son état de santé n'est pas jugé médicalement urgent, il est réorienté vers la structure de soins appropriée ou bien pris en charge directement en cas de possibilité, sous réserve de s'acquitter préalablement des frais inhérents à cette prise en charge.



Article 60 : soins aux urgences

Le patient admis aux urgences reçoit les soins requis. Si son état de santé n'exige pas son hospitalisation, le patient doit préalablement à sa sortie s'acquitter auprès du bureau des entrées des formalités administratives nécessaires à la facturation des soins reçus ou, à défaut, du paiement des frais des soins reçus.

Article 61 : l'hospitalisation d'urgence

L'hospitalisation est ordonnée par le médecin des urgences ou le spécialiste de garde ou d'astreinte dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'admission ordinaire.

L'hospitalisation des parturientes peut être décidée par la sage-femme sous l'encadrement du médecin ou du gynécologue obstétricien de garde qui établit à cet effet l'ordonnance médicale d'admission.

Article 62 : formalités d'admission aux urgences

Les formalités d'admission aux urgences ont lieu, dans les mêmes conditions que celles de l'admission ordinaire, à la suite de l'administration des premiers soins au patient, soit au chevet de ce dernier lorsque son état le permet, soit au bureau des entrées par sa famille et dans tous les cas avant sa sortie de l'hôpital.

Si l'admission aux urgences ne donne pas lieu à une hospitalisation, le personnel d'accueil doit procéder à la récupération des pièces administratives nécessaires à la facturation ultérieure des soins par l'administration de l'hôpital, selon les dispositions de l'article 44 du présent règlement, faute de quoi le montant des soins sera réclamé au patient. Dans l'impossibilité de procéder à la récupération de toutes les pièces administratives, le personnel doit s'assurer de l'identité du patient et disposer d'un numéro de téléphone valide où ce dernier pourra être joint ultérieurement par les services de facturation.

Dans les cas où le patient arrive inconscient aux urgences, l'infirmier de garde procède à l'inventaire contradictoire des effets, objets ou sommes d'argent en possession de l'intéressé et dresse un procès verbal qu'il doit signer conjointement avec un accompagnant du patient ou, en cas d'absence d'accompagnant, par la personne l'ayant transporté aux urgences, ou par deux témoins.

Les objets inventoriés sont remis à l'administration de l'hôpital où ils seront conservés par le régisseur, responsable de la gestion des biens et du coffre. Ils ne pourront être remis par l'administration qu'au patient directement, lors de sa sortie ou à sa demande expresse. En aucun cas les objets ne pourront être remis à une autre personne que le patient, sauf décision contraire du tribunal administratif.

Article 63 : refus d'hospitalisation du patient

Si un malade ou blessé refuse de rester dans l'établissement alors que son admission a été prononcée en urgence, il doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès verbal de refus est dressé.

Article 64 : cas des personnes décédées

L'admission à l'hôpital d'une personne décédée est interdite ; cependant, en cas d'absence de morgue municipale dans sa ville siège et d'inexistence de membres de la famille du défunt, l'hôpital doit recevoir le corps.

Chaque admission d'un décès extrahospitalier fait l'objet d'une notification par le directeur aux autorités locales et judiciaires compétentes.



Sous section 3 : transferts et évacuations sanitaires (EVASAN)

Article 65 :

Si l'état d'un malade ou blessé nécessite des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement, ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le directeur, son représentant ou un membre de l'équipe médicale doit prendre toutes les mesures nécessaires afin que le malade ou le blessé soit au plus tôt dirigé vers un établissement capable d'assurer les soins requis.

L'administration de l'hôpital doit informer la famille du patient de ce transfert.

Le patient doit être informé préalablement de son transfert vers un autre établissement. Sauf extrême urgence, le transfert ne peut être effectué sans accord écrit du patient ou de la personne de confiance désignée par celui-ci. Dans les cas où ni le patient ni son accompagnant ne sont en mesure de donner leur accord écrit pour le transfert, l'administration de l'hôpital le mentionne sur le dossier, procède au transfert et en informe la famille ou les proches du patient dans les meilleurs délais.

Section 2 : admission de certaines catégories de patients

Sous section 1 : les patients mineurs

Article 66 : admission

Sauf en cas d'urgence, l'admission d'un patient mineur a lieu dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'admission ordinaire, à la demande du père, de la mère, du représentant légal ou, le cas échéant, du représentant de l'établissement qui héberge l'enfant.

Dans tous les cas, l'agent chargé de l'admission doit vérifier l'identité de l'accompagnant et inscrire toutes les informations utiles, notamment les noms, prénoms, qualité, numéro de la carte d'identité, dans le formulaire d'admission.

Dans les cas d'interventions chirurgicales envisagées, le consentement expresse du ou des détenteurs de l'autorité parentale ou du représentant légal est obligatoire. Si les parents ou le tuteur sont défaillants, par leur refus ou par l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de signer l'autorisation d'opérer, le praticien responsable du service peut éventuellement, par l'intermédiaire du directeur ou de son représentant, saisir le ministère public afin de provoquer une mesure d'assistance éducative lui permettant de demander les soins qui s'imposent, hors cas d'urgence manifeste pour lesquels la décision du médecin s'impose sans attendre la fin de la procédure.

Par dérogation, 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 de son dossier pour garder le secret sur son état de santé. Dans cette situation, le médecin doit, dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Lorsque le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Le mineur se fait alors accompagner d'une personne majeure de son choix.

Article 67 : accompagnants

Le directeur peut, à la demande des médecins, autoriser le père ou la mère du patient mineur à rester et à coucher auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions d'hospitalisation le permettent.

La maman qui allaite doit obligatoirement être retenue auprès de son enfant.

Article 68 : admission de mineurs dans les services pour adultes

Les mineurs de moins de 12 ans ne peuvent être admis dans les services pour adultes, sauf si leur cas relève d'une discipline ou d'une technique qui n'est pas pratiquée dans les unités de soins de pédiatrie ou de chirurgie pédiatrique.

Dans ce cas, le directeur de l'hôpital doit prendre toutes les mesures nécessaires pour séparer le mineur des adultes dans un lieu protégé permettant le bon déroulement du traitement.

Article 69 : scolarisation des mineurs hospitalisés

Lorsque des enfants en âge de scolarisation sont hospitalisés pour une moyenne ou longue durée, le directeur peut demander à l'académie régionale de l'éducation nationale de mettre à sa disposition des enseignants en vue de leur dispenser l'enseignement adapté à leur niveau.

Les enseignants doivent être tenus informés des problèmes de scolarisation des enfants provisoirement éloignés du milieu scolaire normal.

Ils doivent être informés également de l'obligation du respect des prescriptions du présent règlement. En cas d'agissement de leur part pouvant gêner soit le déroulement du traitement, soit le fonctionnement du service, le chef de pôle et/ou le chef d'unité établissent un rapport motivé au directeur de l'hôpital.

Le directeur adresse alors à l'enseignant un rappel à l'ordre et, en cas de récurrence, transmet à l'académie le rapport établi dûment assorti de son avis après en avoir informé le directeur général de l'ARS.

Sous section 2 : les majeurs légalement protégés

Article 70 :

Les biens des majeurs protégés hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles 491-4, 499 et 500 du code civil et par les décrets n°69-195 et n°69-196 du 15 février 1969 fixant les modalités de la gestion des biens de certains majeurs incapables dans les établissements de soins, d'hospitalisation et de cure publics.

Sous section 3 : les patients mentaux

Article 71 :

L'admission des patients mentaux a lieu dans les conditions prévues par la législation en vigueur les concernant et les dispositions du présent règlement.

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les articles L.3212-1 à L.3214-5 du code de la santé publique et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public de prise en charge de ces personnes, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures.

Sous section 4 : les détenus

Article 72 :

Conformément aux dispositions de la loi N°87-432 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, lorsque le médecin de l'établissement pénitentiaire estime que les soins nécessaires ne peuvent être dispensés sur place, ou s'il s'agit d'une affection épidémique, les détenus malades doivent être admis au sein de l'établissement, sur demande écrite du médecin chef de l'établissement pénitentiaire.

Avant son admission, le détenu doit être examiné, sous la responsabilité du médecin chef de pôle ou du praticien qui dirige l'unité, qui s'assure de la nécessité de le garder à l'hôpital. Ce dernier peut, à tout moment, ordonner le renvoi du malade à l'établissement pénitentiaire s'il constate que le détenu peut recevoir les soins requis au sein dudit établissement.

L'hospitalisation ne peut avoir lieu que sur ordonnance médicale d'admission et suivant les formalités administratives prévues à l'article 44 du présent règlement.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'admission du détenu en vue de l'administration des premiers soins urgents en attendant la demande écrite. Le directeur est obligatoirement informé dès l'arrivée du détenu au sein de l'établissement.

Dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 48 heures, le patient détenu est transféré dans un établissement pénitentiaire spécialisé.

Article 73 :

Les détenus sont admis, chaque fois que cela est possible, dans des chambres spécialement aménagées à cet effet (chambres carcérales) ou, pour raisons médicales, dans des lits où il est possible d'assurer la surveillance du détenu sans entraver le fonctionnement régulier du service ni gêner les autres patients.

La responsabilité de la surveillance des détenus incombe exclusivement à l'établissement pénitentiaire. La garde du patient doit obligatoirement être assurée, par les services de police ou de gendarmerie compétents.

Tout incident causé par un détenu ou ses gardiens est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues à l'article D 280 du code de procédure pénale.

Les interrogatoires des patients par des autorités extérieures à l'hôpital ne peuvent avoir lieu que sur autorisation expresse du directeur après avis du médecin traitant.

En cas de transfert, celui-ci est assuré par le directeur de l'hôpital sous la responsabilité pleine et entière de l'administration pénitentiaire qui assure la surveillance.

Sous section 5 : les patients appartenant au corps des armées

Article 74 :

En dehors des cas d'urgence, les patients militaires sont admis à l'hôpital dans les mêmes conditions que les civils, soit à leur demande, soit à la demande de l'autorité militaire.

En cas d'admission en urgence d'un militaire, le directeur informe l'autorité militaire ou à défaut la gendarmerie.

En cas d'hospitalisation et dès que l'état du patient hospitalisé le permet, celui-ci peut être évacué vers l'hôpital militaire approprié s'il en manifeste le désir ou sur demande de l'autorité militaire.

Les frais d'hospitalisation et de transfert éventuel sont pris en charge par l'Etat.

Sous section 6 : les femmes enceintes

Article 75 : admission

le directeur de l'établissement ou son représentant ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée,

dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement et dans le mois qui suit l'accouchement, ni celle d'une femme et de son enfant dans le mois qui suit l'accouchement.

Article 76 : secret de l'hospitalisation

La patiente peut, pour sauvegarder le secret de la grossesse, de la naissance et de l'hospitalisation, demander le secret de son admission et que son identité soit préservée.

Aucune pièce d'identité ne peut être exigée dans ce cas, et aucune requête ne pourra être entreprise.

Sous section 7 : autres catégories de patients

Article 77 : patients atteints de maladies transmissibles

Lorsqu'il est confirmé que le patient hospitalisé est atteint d'une maladie transmissible à déclaration obligatoire, le directeur de l'hôpital est tenu d'en informer le directeur général de l'ARS et de remplir toutes les formalités prescrites pour la déclaration obligatoire et les mesures prophylactiques à prendre, à savoir l'isolement dudit patient.

L'hospitalisation d'une personne atteinte de ce type de maladie ne peut être différée quelle qu'en soit la raison, de même que les mesures prises en conséquence ; l'hospitalisation est obligatoirement prononcée même en cas d'indisponibilité de lits.

En cas de danger grave pour la santé publique, le directeur informe le directeur général de l'ARS qui prend toutes les mesures nécessaires en concertation avec les autorités locales.

Article 78 : victimes d'accidents du travail

L'admission des personnes victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles a lieu dans les mêmes conditions et formalités que les admissions ordinaires ou en urgence selon les cas.

Les certificats médicaux indispensables à la constitution de leurs dossiers d'indemnisation leur sont délivrés conformément à la législation en vigueur. Ils sont établis par les médecins désignés à cet effet au niveau de la section chargée des accidents de travail, et/ou par les praticiens intervenant pour les soins.

Article 79 : les étrangers

Les patients ou blessés quelle que soit leur nationalité sont admis dans les mêmes conditions que les nationaux.

A défaut de fournir une notification de prise en charge, ils doivent s'acquitter d'une provision des frais d'hospitalisation.

Section 3 : Organisation, coordination des soins et conditions de séjour

Article 80 : accueil des patients

L'accueil des patients et des accompagnants est effectué par des agents formés à cet effet ; à son arrivée au centre hospitalier de Bastia, l'hospitalisé reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations qui lui seront utiles durant toute la durée de son séjour.

Sous section 1 : information médicale et Consentement préalable aux soins

Article 81 : information du patient sur son état de santé, ses soins et leurs éventuelles complications

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ; cette information incombe au professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et du respect des règles fixées par le code de déontologie. Cette information est individuelle et la volonté d'une personne d'être



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

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur.

Les traitements et soins proposés au patient doivent, dans la mesure du possible, faire l'objet d'une explication de la part du médecin. Dans les cas d'actes médicaux ou chirurgicaux lourds, le patient doit au préalable être informé des risques et des conséquences possibles.

Article 82 : consentement aux soins

Il appartient au patient de consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et aux interventions chirurgicales proposés par le médecin. Par conséquent le médecin doit au préalable recevoir et informer le patient des risques et des conséquences que ces actes sont susceptibles d'entraîner, et s'assurer que celui-ci a bien compris toutes les informations qui lui ont été données.

Ce droit au consentement éclairé s'applique de la même manière aux patients mineurs et incapables majeurs.

Dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucun acte ne peut être effectué sans que la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches ne soit consulté, sauf dans les cas d'urgence manifeste.

Article 83 : prise en charge de la douleur

L'établissement met en œuvre les moyens nécessaires à la prise en charge de la douleur que le patient est en droit d'attendre, ainsi que l'accès aux soins palliatifs que son état requiert.

Sous section 2 : Organisation et fonctionnement médical

Article 84 : Pharmacie

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien désigné par le directeur.

Les pharmaciens exerçant au sein de la pharmacie doivent exercer personnellement leur profession et peuvent se faire aider par des préparateurs en pharmacie ainsi que par d'autres catégories de personnels spécialisés qui sont attachés à la pharmacie en raison de leurs compétences.

Ces personnes sont placées sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance et des pharmaciens assistants.

La pharmacie à usage intérieur doit répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :

- Assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et autres produits pharmaceutiques ainsi que des dispositifs médicaux stériles, et d'en assurer la qualité
- Mener ou participer à toute action d'information sur ces produits, ainsi qu'à toute action de promotion ou d'évaluation de leur bon usage, et à toute action de sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux
- Mener, ou participer à, toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

La pharmacie à usage intérieur fonctionne conformément aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.



Article 85 : Visite médicale quotidienne

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des patients. Le responsable de la structure organise une contre visite en fin d'après-midi. Il est recommandé que les visites et contre-visites médicales ne s'effectuent pas au moment des changements d'équipes, ni pendant le déroulement des transmissions.

Article 86 : Le dossier médical

Un dossier médical doit être mis en place pour chaque patient pris en charge au sein de l'établissement, qui doit contenir les éléments suivants :

- ◆ Informations recueillies lors des consultations externes effectuées dans l'établissement :
 - La lettre du médecin à l'origine de la consultation ou de l'admission
 - Les motifs d'hospitalisation
 - La recherche d'antécédents ou de facteurs de risques
 - Les conclusions de l'évaluation clinique initiale
 - Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée
 - La nature des soins effectués et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences
 - Les informations concernant la prise en charge en cours d'hospitalisation
 - Les informations sur la démarche médicale
 - Le dossier d'anesthésie
 - Le compte rendu opératoire ou d'accouchement. Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis
 - La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, la copie des incidents éventuels
 - Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
 - Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
 - Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé.
- ◆ Les informations formalisées établies à la fin du séjour :
 - Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie
 - La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
 - Les modalités de sortie
 - La fiche de liaison infirmière

Le directeur veille à ce que toute mesure soit prise afin de que la communication des informations médicales aux personnes dûment autorisées soit faite dans les meilleures conditions, mais également à ce que la garde et la confidentialité des informations de santé conservées dans l'établissement soient conformes à la réglementation en vigueur sur les archives hospitalières.

La confidentialité des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation doit être l'affaire de chaque agent de l'établissement, soignant ou personnel administratif.

Ainsi, au sein de l'unité, le dossier médical doit être conservé dans un endroit sécurisé en dehors du moment de la visite quotidienne.

De plus, chaque document susceptible de contenir une donnée confidentielle sur le patient, telle que nom, prénom, date de naissance numéro de sécurité sociale, devra impérativement faire l'objet d'une destruction mécanique avant d'être jeté. Aucun papier sur lequel peut

figurer une information susceptible d'être réutilisée à des fins frauduleuses ne devra être jeté à la poubelle sans faire l'objet de mesures de destruction.

Article 87 : Le département d'information médicale (DIM)

Chaque praticien est responsable du codage de ses patients pris en charge dans l'établissement. Chaque chef de pôle est responsable de leur validité et de leur exhaustivité. Le département de l'information médicale est un service hospitalier chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement. Il 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. Les médecins DIM mettent en œuvre l'ensemble des actions de promotion, de formation et de conseil utiles à cette réalisation. En cas d'appréciation divergente entre le praticien d'une structure et le médecin DIM, le responsable de structure et le chef de pôle doivent être associés à l'arbitrage.

Le département de l'information médicale participe à la conception du système d'information médicale intégré au système d'information de l'établissement. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement.

Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux données médicales antérieures.

Le médecin responsable de l'information médicale est garant du respect des règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, et du respect des règles relatives au code de déontologie.

Sous section 3 : Coordination des soins

Article 88 : La continuité du service public

Conformément à l'article L.6112-2 du CSP, le service public hospitalier garantit l'égal accès de tous aux soins qu'il dispense. Le service public hospitalier est ouvert à toutes les personnes dont l'état requiert son service. L'hôpital doit être en mesure de les accueillir de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

L'ensemble du personnel hospitalier participe à la prise en charge des patients hospitalisés, des patients admis en urgence, ou de tout autre patient qui se présente à l'hôpital. L'activité du personnel médical se fait de manière coordonnée sous la supervision des chefs de pôles et de structures internes concernés, en fonction des besoins des patients.

L'hôpital, par ses agents, dispense aux patients les soins que requiert leur état et veille à la continuité de ces soins en s'assurant que tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. Les patients sortant ne disposant pas de telles conditions d'existence doivent être orientés à leur sortie vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation.

Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne les soins. Aucun régime d'hébergement différent ne pourra être mis en place en dehors des modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les établissements de santé publics constituent des éléments intégrés dans le système national de santé. A ce titre, chaque hôpital doit, en fonction de sa vocation et de ses moyens, assurer la complémentarité avec les établissements de santé publics et privés, en prenant en charge les patients qui lui sont orientés par ces établissements et veiller à établir des documents de suivi et de liaison à ce sujet.

Article 89 : permanence et continuité des soins

Pour assurer la permanence et la continuité de la prestation des soins à l'hôpital, un service de garde et d'astreinte doit être organisé au sein de l'établissement.

A cet effet, des plannings quotidiens, hebdomadaires ou occasionnels de garde et d'astreinte sont établis mentionnant les noms, prénoms, fonctions et coordonnées des médecins et infirmiers concernés, ainsi que les horaires de garde ou d'astreinte. Ces plannings doivent être diffusés et affichés à l'intérieur de l'hôpital.

Le directeur arrête annuellement l'organisation des activités et du temps de présence médicale par la mise en place d'un tableau de service général. Sur cette base, le directeur, sur proposition du chef de pôle et du responsable de la structure interne, établit le tableau de service nominatif mensuel.

La permanence des soins, mission de service public, doit répondre à quatre obligations impératives : égalité d'accès, continuité, adaptabilité et neutralité.

Article 90 : service de garde

Il est organisé au sein de l'établissement des services de garde au niveau administratif, paramédical et technique.

- La garde administrative est destinée à garantir la présence permanente d'une autorité reconnue comme responsable devant la loi ; elle permet de répondre à l'urgence et d'assurer la continuité du fonctionnement des services de l'établissement. Le directeur organise cette garde avec les directeurs adjoints de l'établissement et d'autres collaborateurs de catégorie A du statut de la Fonction Publique Hospitalière.
- La garde paramédicale s'organise de la même manière afin de garantir en permanence la continuité et la sécurité des soins.
- La garde technique est destinée à répondre aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire afin d'assurer la sécurité du fonctionnement de l'établissement.

Article 91 : Les transferts

En cas d'absence d'unité pouvant assurer de manière adéquate la prise en charge médicale d'un patient, et que l'état de santé de celui-ci l'exige, le médecin traitant établit une ordonnance médicale de transfert vers la structure hospitalière publique la plus appropriée, ou privée s'il existe une convention de soins entre les deux établissements concernés.

Le directeur de l'hôpital prend les mesures administratives nécessaires au transfert du patient dans les délais raisonnables et informe la famille.

La prise du rendez-vous et l'organisation du transport du patient sont du ressort de la structure interne, qui doit informer le patient du jour et de l'heure du rendez-vous en vue de l'examen ou du traitement prescrit.

Le jour du rendez-vous, le patient doit être accompagné d'une fiche de liaison, de son dossier médical ou d'un résumé clinique comportant tous les renseignements nécessaires pour la consultation ou l'examen.

Lorsque des unités de diagnostic et de traitement implantées dans un établissement hospitalier sont destinées à l'usage commun d'un ensemble d'hôpitaux, elles doivent être utilisées, hors cas d'urgence, sur la base d'un protocole établi par le directeur de l'hôpital lieu d'implantation, en concertation avec les directeurs des établissements concernés.

Section 4 : La sortie

Le patient hospitalisé peut normalement quitter l'hôpital, soit sur indication du médecin traitant, ou lorsque son transfert vers un autre hôpital est décidé pour des raisons médicalement motivées, soit à sa demande.



Sous section 1 : la sortie ordinaire

Article 92 : la sortie pour fin de traitement :

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé du patient ne nécessite plus son maintien à l'hôpital, il prononce la sortie ordinaire du patient.

Lors de la visite médicale quotidienne, le médecin désigne les patients sortants suffisamment à l'avance pour permettre l'information de la famille et la préparation des documents nécessaires à la sortie. La sortie ordinaire des patients a lieu tous les jours.

Il revient à l'administration de l'hôpital de prendre toutes les mesures nécessaires pour informer la famille du patient préalablement à sa sortie de l'hôpital.

La sortie des patients mineurs ne peut être effectuée qu'en présence du représentant légal, ou d'une personne mandatée par les parents à cet effet, à la condition d'apporter tous les justificatifs nécessaires. Si les parents sont introuvables, il revient au juge des enfants de prendre toutes les mesures nécessaires.

Sauf cas particulier des prématurés, de raison médicale ou de cas de force majeure constaté par le médecin responsable de l'unité, le nouveau-né quitte le centre hospitalier avec sa mère.

En cas de refus du patient de quitter l'hôpital, le cas est porté à la connaissance du directeur de l'hôpital qui prend les mesures nécessaires pour concrétiser la sortie, y compris le recours aux forces de l'ordre.

Article 93 : la sortie pour cause d'aggravation de l'état du patient :

Lorsque les médecins d'une structure interne constatent que l'état d'un patient est particulièrement grave, qu'il est agonisant ou au-dessus de toute ressource thérapeutique, ils peuvent, après accord du médecin chef de pôle, consentir à son transfert à domicile si le patient lui-même, ou sa famille, en exprime la volonté expressément.

Si le transfert à domicile n'est pas demandé et si les disponibilités de l'établissement le permettent, le patient peut être transporté discrètement dans une chambre individuelle de l'hôpital, dans laquelle ses proches pourront être admis à rester à ses côtés pour l'assister dans ses derniers moments.

Sous section 2 : la sortie du fait du patient

Article 94 : la sortie volontaire du patient avec accord médical :

En dehors des cas particuliers des patients mineurs, mentaux ou incapables, les patients peuvent, à leur demande, quitter l'hôpital à la condition d'effectuer au préalable les formalités administratives de sortie.

Toutefois, si le chef de pôle ou le responsable de la structure interne estime que cette sortie est prématurée et qu'elle comporte un danger pour la santé du patient, il doit exiger de ce dernier la signature d'une décharge, certifiant qu'après avoir pris connaissance des dangers que représente cette sortie, il persiste dans sa demande.

En cas de refus du patient, un procès verbal est établi et signé en présence de deux témoins.

Article 95 : la sortie contre avis médical

Lorsque le patient refuse les examens, traitements, interventions et soins qui lui sont proposés, un procès verbal contradictoire est dressé et signé conjointement par le médecin et le patient. En cas de refus de ce dernier, il est fait appel à des témoins.

La sortie est alors prononcée par le chef de pôle ou le responsable de la structure interne concernée sur rapport du médecin traitant, sauf si l'état du patient nécessite des soins urgents.

En outre, le bulletin de sortie qui est délivré dans ce cas au patient doit porter la mention « sortie contre avis médical ».



Article 96 : la sortie par mesure disciplinaire :

En cas de manquement grave aux prescriptions du présent règlement ou lorsqu'un patient dûment averti cause des troubles perturbant le fonctionnement du ou des services de l'établissement, le directeur peut, sur rapport du médecin traitant, prononcer sa sortie pour des raisons disciplinaires.

Toutefois cette sortie ne peut avoir lieu si l'état de santé du patient ne le permet pas.

Dans ce cas l'administration de l'hôpital doit informer, par écrit et dans les meilleurs délais, les autorités de police judiciaire pour prévenir d'éventuelles réactions dangereuses du patient vis-à-vis du personnel, des autres patients hospitalisés ou des biens de l'hôpital.

Sous section 3 : Les formalités

Article 97 :

Dès que la sortie est décidée, pour quelque cause que ce soit, le médecin traitant doit indiquer si le patient nécessite un suivi au moyen de consultations externes jusqu'à sa guérison ou jusqu'à la consolidation de ses blessures. Il doit établir les certificats médicaux utiles au patient pour la justification de ses droits. Il établit également les ordonnances visant la continuité des soins en précisant, le cas échéant, la date de la prochaine consultation à titre externe.

Le cadre infirmier ou le personnel de la structure interne donne au patient toutes les informations et les conseils nécessaires à la continuation du traitement et lui remet les documents de sortie.

La sortie de tout patient est enregistrée sur une fiche spéciale versée à son dossier d'hospitalisation.

Article 98 :

Le patient sortant ou son accompagnant doivent procéder aux formalités de sortie auprès du bureau des entrées qui procède à la régularisation de son dossier.

Le cas échéant, il devra régler les frais restant à sa charge et reçoit un bulletin de sortie témoignant de son hospitalisation.

Les dépôts de bien du patient lui sont alors restitués.

Article 99 : transport en ambulance

Au moment de la sortie, et seulement si son état de santé le justifie, le patient peut bénéficier d'un transport en ambulance sur prescription médicale. Le patient a le libre choix de la société d'ambulance.

Si le patient ne dispose pas d'un moyen de transport, il peut utiliser l'autobus dont l'arrêt se situe au rond point devant l'hôpital ou le taxi dont le prix de la course reste à sa charge.

Sous section 4 : Les autres motifs

Article 100 : sortie d'un patient à l'insu du personnel hospitalier :

Lorsqu'un patient quitte l'hôpital à l'insu du personnel médical, le chef de pôle, le responsable de la structure interne, ou à défaut le médecin de garde, doit établir un procès verbal constatant la disparition du patient, y retranscrire tous les renseignements dont il dispose sur le patient et préciser la date de la disparition. Ce document doit être transmis au directeur de l'hôpital, qui, dans un premier temps, prend toutes les mesures nécessaires pour organiser les recherches dans l'enceinte de l'établissement.

Ce dernier prend ensuite toutes les dispositions nécessaires pour informer les autorités de police judiciaire si la sortie présente un risque pour le patient lui-même ou pour autrui, et la famille du patient dans les autres cas. Le patient doit être porté sortant au registre des patients hospitalisés.



Article 101 : permission de sortie

Compte tenu de la durée de leur séjour et lorsque leur état de santé le permet, les patients peuvent bénéficier de permissions de sortie ne pouvant pas dépasser 48 heures, sous réserve de régulariser au préalable les formalités de sortie pour la période écoulée.

La permission de sortie est établie par le cadre infirmier de la structure interne sur le formulaire destiné à cet usage ; elle doit être signée par le médecin traitant.

Les permissions de sortie sont enregistrées dans un registre spécifique au niveau du bureau des entrées, sur lequel sont mentionnés le nom du patient, le nom du médecin ayant autorisé la sortie ainsi que la date et la durée de celle-ci. Le formulaire est versé au dossier d'hospitalisation.

Si à l'issue du délai de permission le patient ne réintègre pas l'unité de soins, l'administration le porte sortant. Il ne pourra alors être ré-hospitalisé que lorsque la disponibilité en lits de l'unité le permettra.

Section 5 : les consultations externes

Article 102 :

Les consultations externes sont des consultations ambulatoires assurées par les praticiens de l'hôpital dans le cadre de leurs activités hospitalières ou d'une activité libérale.

Elles peuvent intervenir soit comme l'équivalent d'une consultation de ville, soit dans le cadre d'un suivi médical consécutif à une hospitalisation ou à une intervention.

Afin de bénéficier d'une prise charge totale ou partielle, les formalités d'enregistrement devront être effectuées régulièrement auprès du bureau des prises en charge situé dans le pavillon consultations externes, à droite dans le hall d'accueil de l'hôpital.

Les documents nécessaires à la bonne constitution du dossier devront être obligatoirement présentés faute de quoi le patient devra effectuer le paiement des frais. Ces documents peuvent comprendre :

- La carte vitale
- Une pièce d'identité en cours de validité (la CNI ayant une validité permanente)
- La carte de mutuelle
- Tout document justifiant d'une situation particulière : carnet de soins pour les pensionnés de guerre, carnet de maternité, feuillet d'accident de travail, ordonnancier, attestation de CMU ou d'AME
- Attestation de déclaration d'un médecin traitant dans le cadre du parcours de soin coordonné
- Le cas échéant, le dossier remis par le médecin traitant ou hospitalier, comprenant les examens ultérieurs utiles à la consultation

Si l'état de santé du patient l'exige, celui-ci peut bénéficier, sur prescription médicale, d'un transport par ambulance ou véhicule sanitaire léger. Le choix du transporteur est laissé à la discrétion du patient.

Concernant les consultations externes effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers, le patient doit être informé des conditions particulières de ces consultations privées, des prix pratiqués, du mode de paiement et exprimer son choix pour ce mode de consultation.

Section 6 : décès

Sous section 1 : dispositions générales

Article 103 : constat du décès

Le décès est constaté par le médecin, qui établit un certificat de décès transmis au bureau des entrées.



Conformément à l'article 80 du code civil, les décès sont inscrits sur un registre et déposé au bureau des entrées. Ce certificat est transmis dans les 24 heures au bureau d'Etat civil à la mairie.

Article 104 : notification du décès

La famille ou les proches doivent être prévenus dans les meilleurs délais et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

La notification du décès est effectuée :

- Pour les militaires, à l'autorité compétente
- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche
- Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de la direction départementale de la cohésion sociale.
- Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger : au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne ayant la garde du mineur

Article 105 : indice de mort violente ou suspecte

En cas d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur ou son représentant, prévenu par le médecin responsable, en avise l'autorité judiciaire.

Article 106 : déclaration d'enfant sans vie

La déclaration d'enfant sans vie doit être effectuée auprès de l'état civil dès lors qu'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable.

Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

S'ils le souhaitent, les parents pourront obtenir un certificat leur permettant l'inscription de l'enfant sur le livret de famille.

Article 107 : préparation du corps – toilette mortuaire

Après avoir constaté le décès, l'équipe soignante retire les appareillages du corps et prépare le défunt pour son transfert à la chambre mortuaire. La toilette mortuaire, selon la volonté des familles, peut être faite par l'entreprise de pompes funèbres de leur choix.

Article 108 : gestion et restitution des biens du patient

Dès lors que le décès se produit en présence de la famille, les vêtements, bijoux portés par le défunt leur sont remis contre décharge.

Les biens du défunt ayant fait l'objet d'un dépôt après inventaire à la trésorerie de l'hôpital seront transférés par le régisseur au trésor public, exception faite des biens ne présentant pas de valeur (papiers d'identité...) qui pourront être remis, sur demande, aux ayants droits sous réserve de justification de leur identité et de la production d'un certificat de décès.

Article 109 : mesure de police sanitaire

Pour des raisons de mesure de police sanitaire, les effets ou les objets ayant appartenu au défunt peuvent être incinérés. Dans ce cas, les ayants droits ne peuvent présenter aucune réclamation ni exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets ; un certificat médical, placé dans le dossier du patient, atteste de cette nécessité.

Article 110 : Présentation du corps

Si les circonstances le permettent, la famille a accès au corps avant que le défunt ne soit transféré à la chambre mortuaire.



Pour permettre le recueillement de l'entourage du défunt à la demande de la famille, le corps du défunt peut être présenté dans la chambre mortuaire. Cette présentation est effectuée dans une salle aménagée à cet effet et pendant les horaires d'ouverture de la chambre mortuaire.

Article 111 : transport du corps

◆ Transport du corps du défunt sans mise en bière

Le corps du défunt peut être transporté hors du Centre Hospitalier, sans mise en bière, sous réserve du respect des conditions suivantes :

- Accord médical du chef de pôle ou de son représentant
- Certificat de décès dûment complété
- Formulaire de reconnaissance de corps et de demande de transfert sans mise en bière dûment complétés et signés par toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- Accord écrit du directeur du centre hospitalier
- Autorisation de la mairie
- Intervention sur place de l'officier de police judiciaire en vue d'attester de la régularité de l'opération pour les sorties du territoire de la commune.

Le médecin ne peut s'opposer au transport que dans les cas suivants :

- Si le décès soulève un problème médico-légal
- Si le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses qui obligent à procéder à une mise en bière immédiate
- Si l'état du corps ne permet pas un tel transport

Si le médecin s'oppose au transport du corps sans mise en bière il doit en avertir sans délai par écrit le directeur de l'établissement ou son représentant et la famille

Lorsque la commune du lieu du décès n'est pas celle où le corps est transporté, l'avis d'autorisation de transport doit être adressé sans délai au maire de la commune.

Concernant le transport du corps sans mise en bière, la famille a la possibilité de choisir la société chargée du transport parmi une liste de transporteurs habilités.

Le transport des corps d'enfants s'effectue conformément à la réglementation en vigueur.

Le transport du corps, si celui-ci n'a pas subi de soins de conservation, doit être terminé dans un délai maximum de vingt-quatre heures à compter du décès ; ce délai est porté à quarante-huit heures si des soins de conservation ont été prodigués.

◆ Transport du corps en chambre funéraire avant mise en bière

Les dispositions suivantes visent les transports de corps du Centre Hospitalier vers une chambre funéraire privée et ce dans un délai de vingt-quatre heures à compter du décès. Le transfert s'effectue sur demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile.

Le transport du corps vers une chambre funéraire située sur le territoire de la commune est subordonné à un certificat médical établi par le médecin responsable du patient attestant que ce dernier n'est porteur d'aucune maladie contagieuse.

A l'inverse, si le transport s'effectue hors du territoire de la commune, la personne demandant l'admission en chambre funéraire doit au préalable obtenir de la part du maire une autorisation de transport.

◆ Transport de corps après mise en bière

Le transport du corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise de pompes funèbres agréés, que la famille choisit librement et mentionne sur un formulaire spécifique.

Article 112 : inhumation et crémation du corps

Le corps d'un défunt doit, avant son inhumation ou sa crémation, être mis en bière.



Si le défunt portait une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin fait procéder à la récupération de l'appareil avant la mise en bière.

Si dans un délai de dix jours maximum, le corps n'a été réclamé ni par la famille ni par des proches, l'établissement procède alors à l'inhumation dans les conditions compatibles avec les dernières volontés du défunt. Si celui-ci n'a rien stipulé, l'établissement applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente, qui règlera les frais correspondant.

Sous section 2 : Autopsie et Prélèvement d'organes

Article 113 : autopsie

Il existe trois catégories d'autopsies : l'autopsie « médicale » ayant pour objectif la détermination des causes de la mort, l'autopsie scientifique et l'autopsie médico-légale.

L'autopsie médico-légale est effectuée à la demande de l'autorité judiciaire et sous son contrôle, le consentement de la personne n'ayant pas lieu d'être recherché. Elle relève d'un régime distinct des autopsies médicales et scientifiques.

Les conditions de réalisation des autopsies médicales et scientifiques sont régies par les dispositions générales applicables aux prélèvements sur personne décédée d'organes, de tissus, de cellules et de produits du corps humain.

Article 114 : prélèvement d'organes et de tissu

Le recours à un prélèvement d'organe ou de tissu ne peut être autorisé que si le défunt n'a pas manifesté de son vivant le refus d'un tel prélèvement (loi Cavaillet du 22-12-1976). La carte de donneur n'a pas de valeur légale, mais est une manifestation de la volonté du patient. Concernant les mineurs, il appartient aux parents de prendre la décision.

Les patients, même les mineurs âgés de treize ans et plus, ont la possibilité de refuser un tel prélèvement en le faisant connaître par tout moyen (déclaration écrite, orale, etc.).

Le médecin qui envisage d'effectuer un prélèvement et qui n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt doit s'efforcer de recueillir le témoignage de la volonté du défunt auprès de ses proches. Le registre national des refus doit être obligatoirement consulté avant tout prélèvement sur un patient de plus de treize ans.

Les médecins ayant procédé à un prélèvement sur une personne décédée sont tenus de s'assurer de la restauration décente de son corps.

CHAPITRE TROIS : dispositions relatives aux usagers

Section 1 : Dispositions générales

Article 115 : Hygiène à l'hôpital

Une hygiène corporelle stricte est demandée à l'hôpital, qui s'applique à tous. Dans chaque structure interne des lieux d'hygiène sont mis à la disposition des patients qui doivent y utiliser leur linge de toilette personnel.

Pour les patients en isolement septique, l'usage de matériel à usage unique peut être prescrit sous l'égide des recommandations du CLIN.

Article 116 : animaux et fleurs

Les animaux domestiques sont interdits dans l'hôpital, à l'exception des chiens guides et d'aveugles qui peuvent accompagner leur maître jusque dans le hall, lorsque celui-ci vient pour des soins.

Les fleurs sont interdites dans les unités de soins.

Article 117 : usage du téléphone portable et autres appareils informatique

Pour des raisons de sécurité, l'usage du téléphone portable est fortement réglementé. Il est interdit dans certaines zones signalées par un affichage spécifique (imagerie médicale, réanimation, néonatalogie, cardiologie) en raison des risques d'interférences et de dysfonctionnement des appareils médicaux. Ces interdictions doivent être strictement respectées.

Lorsqu'aucun affichage n'en stipule l'interdiction, l'usage du téléphone portable est toléré, dans le strict respect de la tranquillité des patients. La plus grande courtoisie est souhaitée, notamment en termes de nuisances sonores et d'usage intempestif à des heures indues.

Concernant l'utilisation des ordinateurs et autres appareils multimédias, l'hôpital met à disposition des patients un réseau wifi. De la même manière que pour les téléphones, la plus grande courtoisie est souhaitée dans l'usage de ces appareils.

Article 118 : interdiction de fumer et lutte contre l'alcoolisme

Conformément à la réglementation en vigueur et par mesure de santé publique, d'hygiène et de sécurité, il est formellement interdit de fumer dans l'établissement. Il est interdit d'introduire et de consommer des produits stupéfiants dans l'établissement.

En cas de manquement à ces interdictions, le contrevenant s'expose à des poursuites.

Par ailleurs, il est également interdit d'introduire ou de consommer des boissons alcoolisées dans l'enceinte de l'établissement sous peine de sanctions.

Article 119 : interdiction d'introduire des produits, matières ou objets dangereux ou prohibés

L'introduction d'armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la législation en vigueur est strictement interdite dans l'enceinte de l'hôpital.

Dans le cas où des produits ou objets de cette nature seraient découverts dans le centre hospitalier, le directeur ou son représentant doivent immédiatement être alertés.

Section 2 : la vie à l'hôpital

Article 120 :

L'hôpital est un lieu de soins et de repos. En conséquence, des règles de vie strictes doivent y être respectées pour le bien être de tous.



- ◆ Le droit de visite : les visites ont lieu aux heures affichées dans chaque service, en principe de treize heures à vingt heures, à l'exception des heures de visite médicale et des soins infirmiers. Des dérogations à ces horaires peuvent être obtenues avec l'accord du responsable médical de la structure interne.

Le nombre de visiteurs admis simultanément au chevet du patient est normalement limité à deux personnes (sauf dans certains services où le nombre de visiteurs est limité à une seule personne).

Lorsque l'état du malade le justifie, ou lorsque l'hospitalisé est un mineur de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnant doit être facilitée, et ce en dehors des heures de visite médicale et de soins infirmiers. L'attention des visiteurs et accompagnants doit être appelée sur le fait que leur présence ne doit en aucun cas contrarier l'action médicale ni gêner le repos des autres malades.

Le médecin traitant peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de l'hospitalisé.

Pour les parturientes, la présence du père de l'enfant peut être autorisée en continu, sous réserve de l'accord du médecin responsable de l'unité.

- ◆ Les enfants de moins de quinze ans ne sont pas admis auprès des patients sauf cas exceptionnel exigeant l'accord exprès du cadre de santé.
- ◆ Les repas sont servis en principe à partir de :
 - A 8 heures pour le petit déjeuner
 - A 12 heures pour le déjeuner
 - A 18 heures pour le dîner

Les menus sont arrêtés chaque semaine, sous contrôle d'un diététicien.

Le choix des menus en fonction des régimes se fait dans la mesure du possible avec l'équipe des aides hôtelières la veille pour le lendemain. Ce choix doit être transmis au service des cuisines en début de matinée.

Les repas et boissons de régime ne sont servis que sur prescription médicale.

Un service de plateau repas est mis à la disposition des accompagnants suivant les tarifs fixés au budget annuel. Les tickets sont en vente au bureau des entrées.

- ◆ Sauf cas particuliers et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra conserver dans les armoires prévues à cet effet ses vêtements et linges personnels. A charge pour lui d'en assurer l'entretien.
- ◆ Les jouets appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre de santé.
- ◆ Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans l'accord d'un membre du personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les patients doivent s'abstenir de tout déplacement hors de l'unité.
- ◆ Le comportement ou les propos de l'hospitalisé ne doivent pas être une gêne pour les autres patients ou pour le fonctionnement du service.

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 à la situation.

Article 121 : services mis à la disposition des patients

- ◆ Courrier : le vaguemestre est à la disposition des hospitalisés pour toute opération postale. Le courrier départ de l'hôpital doit lui être remis ou déposé dans la boîte prévue à cet effet.

- ◆ Téléphone : les hospitalisés ont la possibilité de recevoir des appels mais pas d'en émettre à partir des postes situés dans les chambres. Toutefois des cabines téléphoniques sont installées à certains étages.
- ◆ Télévision : les patients ont la possibilité de louer un téléviseur auprès de la boutique située au rez-de-chaussée suivant les tarifs affichés.
- ◆ Service social : les patients ont la possibilité de prendre l'attache du service social, qui les écoute et les informe de leurs droits, et les aide dans leurs démarches administratives, ainsi que pour l'organisation de leur retour à domicile.
- ◆ Exercice du culte : une chapelle est à la disposition des hospitalisés, située au niveau 1 de l'établissement. Sur leur demande, les représentants des différents cultes peuvent de rendre au chevet des malades.

Section 3 : Le dossier d'hospitalisation

Article 122 :

Un dossier d'hospitalisation est constitué pour chaque patient hospitalisé. Ce dossier est la propriété de l'hôpital qui en assure la conservation. Dès la sortie du patient, le dossier d'hospitalisation est transmis au service en charge des archives médicales de l'hôpital. Dans certains cas, le directeur peut accorder, en fonction des besoins de chaque structure interne, un délai supplémentaire de conservation du dossier avant son transfert aux archives de l'établissement.

Sous la responsabilité du chef de pôle et du responsable de la structure interne, les praticiens et infirmiers sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de remplir le dossier d'hospitalisation au quotidien, de manière exhaustive et lisible.

Article 123 : consultation et communication du dossier d'hospitalisation

Le dossier d'hospitalisation peut être consulté par le patient ou son représentant légal ; par ses ayants droits en cas de décès par l'intermédiaire du médecin traitant externe à l'hôpital.

Le patient et/ou son médecin disposent d'un droit de consultation sur place, en présence du médecin hospitalier traitant.

Sur demande écrite auprès du bureau en charge des droits des patients, le patient peut se faire communiquer une copie de son dossier médical et/ou un compte rendu de sa prise en charge médicale. Cette communication peut faire l'objet d'une facturation conformément à la loi du 4 mars 2002.

En cas de transfert du patient vers un autre établissement, le compte rendu détaillé ainsi que la copie du dossier sont communiqués à l'établissement d'accueil.

Section 4 : L'information au patient, aux familles

Article 124 : La personne de confiance

Durant son hospitalisation, toute personne majeure non placée sous tutelle a la possibilité de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

Cette personne est consultée dans le cas où le malade n'est plus en mesure 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.

Article 125 : information de la famille

Les familles des hospitalisés sont reçues par les médecins, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et de leurs familles.

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 au patient, sauf opposition de sa part.

Un mineur qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention a la possibilité de s'opposer à ce que le médecin traitant ou tout autre membre de l'équipe médicale ne communique les informations au titulaire de l'autorité parentale. Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

En cas d'aggravation de l'état de santé du patient et sauf indication contraire de sa part, la famille est aussitôt prévenue.

Article 126 : discrétion demandée par le malade

Les patients hospitalisés peuvent demander à ce qu'aucune indication ne soit donnée, de quelque manière que se soit, concernant leur présence dans l'établissement hospitalier et sur leur état de santé.

Article 127 : les directives anticipées

Le décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie reconnaît la possibilité pour toute personne majeure de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Les directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne.

Les directives sont écrites par le patient lui-même pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles doivent mentionner les nom, prénom, date et lieu de naissance de leur auteur et doivent être datées et signées.

Elles sont révocables à tout moment.

Elles doivent être datées de moins de 3 ans avant l'état d'inconscience de la personne.

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

Elles peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci au médecin traitant, à la personne de confiance ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans cette hypothèse, leur existence et les coordonnées de la personne détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier médical constitué.

Article 128 : le bureau des droits du patient

Un service des droits du patient est à la disposition des hospitalisés au rez-de-chaussée de l'hôpital. Il a pour objectif de faciliter la communication entre les patients et le milieu hospitalier, et ainsi de traiter les plaintes éventuelles des patients, ou les demandes de compléments d'informations.

Il est chargé de la gestion des plaintes et réclamations, des demandes de dossiers médicaux mais également de répondre aux requêtes diverses émanant du personnel hospitalier dans ses relations avec les patients, concernant les garanties couvertes par les contrats d'assurance de l'hôpital.



Article 129 : la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Composée du directeur, de deux médiateurs (médical et non médical), de deux représentants des usagers, du président de la CME et d'un représentant de la commission des soins infirmiers, cette commission a pour objet 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 des patients.

Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil. La CRUQPC facilite les démarches des patients et de leurs familles et veille à ce qu'ils puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, à entendre les explications de ceux-ci et de les informer des suites de leur demande.

Section 5 : Les obligations du personnel en fonction envers les patients

Article 130 : secret professionnel et discrétion professionnelle

L'ensemble des agents est tenu au secret professionnel. Cependant, lorsque les circonstances le demandent, le directeur ou son représentant délègue l'agent de cette obligation au profit d'un juge d'instruction ou d'un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire du magistrat qui, seuls, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

En l'absence d'opposition des patients, les indications d'ordre médical ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions fixées par le code de déontologie. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être donnés par le personnel soignant. Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement est strictement interdite.

En sus de ces règles en matière de secret professionnel, les agents de l'établissement sont également soumis à une obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et informations dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Article 131 : égale considération des patients et des visiteurs

Les agents de l'établissement doivent se comporter de la même manière avec tous les patients et leurs proches, et ce indifféremment de la condition, du sexe, de la nationalité, de la religion ou de toute autre considération qu'ils peuvent leur inspirer. En toute circonstance il est demandé aux agents d'adopter une attitude respectueuse à l'égard des patients et de leurs proches.

Article 132 : respect de la liberté de conscience et d'opinion des patients et des visiteurs

Aucune propagande ou pression ne doit être exercée à l'égard des patients ou des visiteurs. La libre opinion de chaque patient et de ses choix doit être respectée dans le respect du règlement intérieur de l'établissement et de la réglementation en vigueur.

Article 133 : information des familles concernant les décisions importantes

Les familles devront être avisées en temps utile, et sauf urgence, des décisions importantes concernant le patient, sauf indication contraire expressément exprimée par ce dernier.



CHAPITRE QUATRE : dispositions relatives au personnel

Section 1 : Statuts et Conditions réglementaires de travail

Article 134 : dispositions générales

La fonction publique hospitalière est constituée de l'ensemble des personnels nommés et titularisés dans un grade des établissements publics de santé, hors médecins, pharmaciens et odontologistes (en position statutaire ou contractuelle).

La fonction publique hospitalière a été créée par la loi 86.33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Selon leur statut, titulaires, stagiaires ou contractuels, des dispositions statutaires différentes s'appliquent aux agents. Il revient à chacun de se tenir informé de ses droits et de se reporter en fonction de sa position aux textes applicables.

- ◆ Pour les agents titulaires, c'est le statut général des fonctionnaires qui s'applique en vertu du Titre I de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, en sus des particularités définies dans le Titre IV de la loi 86.33 relative à la fonction publique hospitalière.
- ◆ Pour les agents stagiaires : sauf dispositions spécifiques définies dans le décret n° 97.487 du 12 mai 1997, ce sont les dispositions concernant la fonction publique hospitalière qui s'appliquent.
- ◆ Pour les agents contractuels : s'il est prévu par les textes que les emplois permanents doivent être occupés par des fonctionnaires, une dérogation établie aux articles 9, 9-1 et 10 de la loi n° 86.33 permet de recourir à des agents contractuels permanents ou temporaires. Pour ces agents, la loi n°2012-347 du 12 mars 2012 s'applique.

Article 135 : respect des conditions réglementaires de travail

Le personnel hospitalier est tenu de se conformer aux dispositions du présent règlement intérieur.

Sans préjudice des poursuites judiciaires dont l'agent hospitalier pourrait faire l'objet en cas d'infraction pénale, toute violation des dispositions du présent règlement expose son auteur aux sanctions administratives et disciplinaires en vigueur.

Quel que soit leur rang hiérarchique, les membres du personnel hospitalier sont personnellement responsables des actes et tâches qui leurs sont confiés, et/ou inhérents à leurs fonctions.

Article 136 : recrutement

A l'exception du personnel de direction et du personnel médical, le recrutement est confié au directeur d'établissement, dans les mêmes conditions que pour tous les fonctionnaires : aptitude physique, âge, nationalité, jouissance des droits civiques, casier judiciaire vierge. Par principe, le recrutement a lieu sur concours, sur titre ou sur épreuve.

L'établissement peut recruter des agents non titulaires par contrat écrit, pour une période limitée ou non dans le temps.

Les conditions d'emploi, les modalités de la rémunération et les droits et obligations propres à ces personnels sont déterminés dans le contrat.

Lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, ces agents contractuels peuvent occuper des emplois permanents. Toutefois, ces cas de figure ne doivent pas être réguliers.

Les contrats peuvent être proposés à durée déterminée ou indéterminée. Les modalités de recrutement des personnels non médicaux employés en contrat à durée déterminée et en

contrat à durée indéterminée au centre hospitalier de Bastia sont fixées dans le cadre des trois protocoles approuvés par le directeur des ressources humaines le 27 juillet 2010.

Le recrutement d'agents contractuels peut également avoir lieu pour pallier, temporairement et pour une durée maximale d'un an, la vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu. Les conditions qui s'appliquent alors sont celles définies par la loi.

Les agents contractuels à durée déterminée peuvent être amenés à remplacer temporairement les fonctionnaires hospitaliers ou être autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel.

Section 2 : code de déontologie médicale et règles générales de conduite

Sous section 1 : code de déontologie médicale

Article 137

Le code de déontologie médicale, défini par la réglementation, s'applique aux praticiens de l'établissement. Ce document précise les devoirs généraux des praticiens, leurs obligations envers les malades, de même que les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé.

Il prévoit que le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité, ante et post mortem.

En toutes circonstances le médecin doit respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de sa profession.

Le secret professionnel, dans les conditions législatives, s'impose à tous les médecins dans l'intérêt des patients.

En aucun cas le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle, sous quelque forme que ce soit.

Les soins doivent être apportés à tous avec la même conscience, quels que soient les conditions, la nationalité, la religion, la réputation du malade, ou les sentiments qu'ils peuvent inspirer.

Le praticien est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées selon les circonstances, dans les limites de la loi et de ses compétences ou possibilités.

Le médecin a le devoir de continuer à se former tout au long de sa carrière, dans le but d'assurer personnellement à ses patients des soins dévoués, consciencieux et en adéquation avec l'état des connaissances scientifiques au moment où les soins ont lieu.

Le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade, mais il ne peut en provoquer délibérément la mort.

Il est du devoir du médecin que de participer à la bonne marche du service public, et notamment de sa continuité.

Outre les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes sont soumis à un code de déontologie qu'ils se doivent de respecter en toute circonstance. Les infirmiers sont soumis à des règles professionnelles auxquelles ils ne peuvent en aucun cas déroger.

Sous section 2 : les droits des fonctionnaires

Article 138 : principaux droits

Conformément aux dispositions législatives du titre I de la Fonction Publique et aux dispositions particulières définies dans le titre IV de la fonction Publique hospitalière, le centre hospitalier de Bastia garantit le respect des droits de ses agents.

Les principaux droits sont :

- La liberté d'opinion
- La liberté d'expression
- L'égalité de traitement et la non-discrimination



- La liberté syndicale
- Le droit de grève
- Le droit à la formation permanente
- Le droit de participation et le droit à l'expression directe et collective
- Le droit à l'hygiène et à la sécurité
- Le droit à la protection
- Le droit à la rémunération, aux congés et à la retraite
- Le droit à 20 minutes de pause pour 6 heures de travail consécutives
- La gratuité des frais médicaux et pharmaceutiques comprenant les frais d'hospitalisation et les soins médicaux (dans les conditions fixées aux alinéas 1 et 2 de l'article 44 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986) et la prise en charge du forfait hospitalier (dans les conditions fixées par la circulaire n°83/H/578 du 22 avril 1983 relative au forfait journalier)

Article 139 : restauration du personnel

Le personnel a la possibilité de se restaurer au self-service situé à l'entresol, du lundi au vendredi, de 11h45 à 14h15.

Le paiement s'effectue par ticket repas, à retirer à l'économat, au quatrième étage, tous les lundis et jeudis de 8h à 12h.

Le personnel n'ayant pas la possibilité de se rendre au self-service, peut utiliser les aménagements disponibles dans chaque unité et/ou pôle pour la prise des repas (30 minutes).

Article 140 : le Centre de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS)

Ce centre de gestion propose aux actifs et aux retraités un certain nombre d'aides et de prestations en tenant compte ou non du revenu. Il propose également des informations sur ses activités, une constitution et étude des dossiers de prêts et de secours, la diffusion de brochures et catalogues, une prime à la naissance.

Article 141 : santé au travail

Le service de santé au travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants des personnels et des services sociaux. Il est chargé de l'amélioration des conditions de vie et de travail, de l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine et de la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances.

Il a également pour mission de veiller à l'hygiène générale de l'établissement, à l'hygiène dans les services de restauration ainsi qu'à la prévention et à l'éducation sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle.

Enfin, il apporte son éclairage en matière de construction ou aménagements nouveaux, de modifications apportées aux équipements, ou pour la mise en place des modalités de travail de nuit.

Sous section 3 : les obligations des fonctionnaires

De même qu'ils ont des droits, les agents du centre hospitalier sont tenus de respecter les obligations réglementaires et législatives qui s'imposent.

Article 142 : ponctualité

Les agents sont tenus à une obligation d'assiduité et de ponctualité dans l'exercice de leur fonction.



Toute absence, quelle qu'en soit le motif, doit être notifiée au supérieur hiérarchique, dans un délai de 48 heures, sous peine d'être considérée comme irrégulière et d'exposer l'agent à des sanctions.

Article 143 : exécution des ordres reçus

Conformément à l'article 99 du titre IV du statut général applicable aux fonctionnaires hospitaliers, en cas d'empêchement du fonctionnaire chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre fonctionnaire 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.

Les convictions religieuses, idéologiques ou politiques d'un agent ne l'exonèrent pas de se conformer aux règles du service public.

Article 144 : information du supérieur hiérarchique de tout incident

Tout agent dans l'exercice de ses fonctions doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a pu avoir connaissance.

Article 145 : interdiction de cumul des emplois

Sauf exceptions définies par la loi, les agents doivent se consacrer exclusivement à leur activité publique dans l'établissement, par application du décret n°2011-82 du 20 janvier 2011.

Article 146 : préservation des locaux et du matériel

Chaque agent doit veiller à maintenir en bon état les locaux, équipements et matériels mis à leur disposition par le centre hospitalier dans l'exercice de leur fonction.

Article 147 : tenue vestimentaire

Tous les agents dans les unités médicales et médico-techniques doivent se conformer au port de la tenue de travail règlementaire adoptée au centre hospitalier. Le port de la tenue est obligatoire durant toute la durée du service. Il est interdit à l'ensemble des professionnels du centre hospitalier de se rendre au restaurant du personnel et à l'extérieur de l'établissement vêtu de cette tenue. De même, lorsque l'agent n'est pas en service, il ne doit en aucun cas être vêtu de sa tenue de travail.

Le change doit se faire au sein de l'établissement dans les conditions d'hygiène, définies par le CHSCT et sous la responsabilité du chef d'établissement ou son représentant, exigibles pour la sécurité des patients. Des locaux spécifiques équipés de vestiaires sont mis à disposition des personnels.

Chaque agent, personnel médical ou administratif, doit être muni de son badge lorsqu'il est amené à se déplacer dans l'établissement durant ses heures de service. Ce badge fourni par le centre hospitalier permet l'identification de la personne et sa fonction dans l'établissement.

Article 148 : interdiction de pourboires

Il est formellement interdit au personnel du centre hospitalier d'accepter une quelconque contrepartie en rétribution des services rendus, sous forme de pourboires ou autres, de la part des patients ou des visiteurs.



Article 149 : dépôt d'argent ou d'objets de valeurs confiés par les patients

Aucun agent de l'établissement n'est autorisé à recevoir de dépôt d'argent ou autres valeurs par les patients, en dehors de l'agent habilité à cet effet pour les conserver, dans les conditions prévues aux articles 48 et 52 du présent règlement.

Article 150 : respect de la neutralité du service public

Les agents sont tenus à une obligation de stricte neutralité. Ils s'abstiennent ainsi de tout propos à caractère politique, religieux à des fins de propagande ou de prosélytisme. De même, le personnel se doit de respecter ses obligations de discrétion, d'égalité de considération, de respect de la liberté de conscience et d'opinion, d'information des familles et de secret professionnel à l'égard des usagers du service public hospitalier.

Article 151 : respect de la personne et de l'image

Les prises de vue de type photographies et vidéos et les enregistrements de bandes sons par les agents avec tous types d'appareils des :

- Patients,
- Locaux hospitaliers,
- Matériels,
- Situation de soins,
- Agents,

Sont conditionnés par des autorisations préalables. Il est interdit de diffuser sur intranet et internet, y compris tous types de réseaux sociaux, les images et les sons qui auraient pu être réalisés sans autorisation. Toutes atteintes à l'intégrité des personnes et des biens peuvent faire l'objet de poursuites.

Article 152 : circuit de communication interne et électronique : Intranet

Le Centre Hospitalier de Bastia dispose d'un circuit de communication électronique Intranet dont la principale vocation est la communication de données professionnelles. Il est donc interdit d'utiliser en partie ou en totalité le répertoire professionnel disponible pour des communications extraprofessionnelles.

Article 153 : vidéosurveillance

Le centre hospitalier dispose d'un système de vidéosurveillance. A ce titre, il se conforme à la réglementation en vigueur.

Section 3 : Protection juridique

Article 154 :

En application du Statut général portant Droits et obligations des fonctionnaires, la protection juridique du personnel en fonction à l'hôpital contre les menaces, agressions, attaques, outrages ou diffamation et fautes non détachables du service public est garantie.

Tout agent ayant été victime d'un incident à l'occasion de l'exercice de ses fonctions doit en informer immédiatement son supérieur hiérarchique.

Ce dernier constitue un dossier transmis immédiatement au directeur de l'hôpital, contenant un rapport circonstancié sur l'incident, et le cas échéant, la déposition de témoins ou tout autre document utile à la clarification du dossier.

Le directeur de l'hôpital saisit ensuite le directeur général de l'ARS et effectue les démarches nécessaires en vue de la transmission du dossier aux autorités compétentes pour assurer la protection et la défense de l'agent concerné.



Section 4 : Protection contre les risques

Article 155 :

Le directeur de l'établissement est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires à la protection de la santé et de la sécurité du personnel hospitalier. Il veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires dans le domaine de la sécurité du personnel, en concertation et avec l'appui des instances concernées.

Un programme de vaccination, de sensibilisation du personnel contre les risques professionnels et les maladies transmissibles, un bilan périodique de dépistage systématique des maladies doivent notamment être mis en place.

De même lors d'accidents de services ou de la constatation de maladies professionnelles, des enquêtes doivent être diligentées dans le but d'éviter la survenue future de ces risques.



CHAPITRE CINQ : sécurité, hygiène, qualité et gestion des risques

Section 1 : Sécurité générale

Le directeur de l'hôpital a la responsabilité d'établir des règles et dispositifs de sécurité générale à l'hôpital visant notamment

- à garantir la quiétude et la sécurité des patients et usagers de l'hôpital, ainsi que la protection de leurs biens
- à garantir la sécurité du personnel
- à assurer la protection des installations et équipements médicaux

Le directeur édicte les consignes particulières conformément à la réglementation en vigueur et veille à leur stricte application au sein de l'hôpital.

Sous-section 1 : Accès et circulation à l'intérieur de l'hôpital

Article 156

L'accès à l'hôpital est réservé

- au personnel de l'hôpital muni d'un badge correspondant à la catégorie à laquelle il appartient
- aux étudiants en médecine, en médecine dentaire et en pharmacie et élèves des instituts publics et privés de formation aux carrières de santé admis en stage à l'hôpital, sous réserve d'être munis d'un badge les identifiant
- aux patients
- aux visiteurs et accompagnants dans le respect des dispositions du présent règlement
- à toute personne valablement autorisée par le directeur pour raison de service

Les visites des malades sont autorisées tous les jours, sauf indication contraire. Des horaires de visites stricts peuvent être fixés en fonction des exigences du service et de l'organisation des soins par les responsables d'unité médicale.

L'accès à des journalistes ou photographes, pour des raisons professionnelles et de confidentialité, est soumis à autorisation écrite du directeur. Cette clause ne s'applique pas aux locaux d'usage syndicaux. Il appartient aux responsables des structures syndicales d'autoriser ou non l'accès à leurs locaux permanents ou à ceux qui sont mis à leur disposition à titre temporaire après information du directeur.

Les conditions d'accès doivent être affichées à l'entrée de l'établissement.

Sous-section 2 : règles de circulation et de stationnement

Article 157 : dispositions générales

Les règles de circulation et de stationnement s'appliquent à tous les usagers, personnel, patients ou visiteurs, dès lors qu'ils pénètrent avec un véhicule, même temporairement, sur le parc de stationnement du centre hospitalier de Bastia. Ils doivent accepter sans réserve les conditions prévues dans le présent règlement.

Le centre hospitalier met à disposition des usagers le parc de stationnement, dépendance du domaine public de l'établissement. En aucun cas l'hôpital ne saurait être tenu responsable des faits (vol, dégradation, accident ou tout autre dommage) se produisant dans ledit parc de stationnement.

Article 158 : règles de conduite

Les conducteurs de tout véhicule circulant ou stationnant dans le parc de stationnement sont soumis aux règles du code de la route.

La vitesse est limitée à quinze kilomètres/heure.



Les usagers sont tenus de respecter la signalisation.

En matière d'accidents corporels et/ou matériels occasionnés dans le parc de stationnement, la responsabilité de l'établissement ne saurait en aucun cas être engagée.

Les usagers sont seuls responsables des accidents ou dommages causés à ou par un tiers.

Article 159 : stationnement

Les véhicules doivent se garer correctement, sur les emplacements prévus à cet effet et marqués au sol.

Certaines aires de stationnement sont réservées aux seuls membres du personnel. Certains membres de la direction et les praticiens de l'établissement disposent d'emplacements réservés.

Il est formellement interdit de se garer sur les emplacements matérialisés par des signalétiques, réservés aux personnes handicapées.

Le stationnement est proscrit en dehors des emplacements marqués au sol.

Pour tout stationnement gênant (notamment devant les barrières de services, les accès réservés, les moyens de lutte contre les incendies...) pouvant entraver la circulation, mettre en péril la sécurité des usagers et le bon fonctionnement du service public, la direction se réserve le droit de prendre toutes les mesures nécessaires et adaptées à la situation.

Sous-section 3 : Hygiène hospitalière

Article 160

Le directeur, avec l'appui du CLIN et de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, doit veiller au respect des règles d'hygiène et de propreté des locaux de l'établissement par les usagers et le personnel.

La gestion et l'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques doivent s'effectuer conformément à la législation et à la réglementation en vigueur en la matière.

La gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, le nettoyage de l'hôpital, le gardiennage et autres prestations ne portant pas directement sur les soins et services aux patients peuvent être confiées à des entreprises privées conformément à la réglementation en vigueur en matière de marchés publics. Ces entreprises doivent se conformer aux dispositions du présent règlement.

Section 2 : Qualité et gestion des risques

Article 161 : Qualité

Après concertation avec le directoire, le directeur décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, 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.

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, 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'établissement.

Article 162 : vigilance et Sécurité sanitaire intra-hospitalière

La direction de l'établissement doit veiller au respect de la réglementation en vigueur en matière de vigilance sanitaire et mettre en place les dispositifs, procédures et mesures de nature à réduire la fréquence de survenue des événements indésirables, d'en prévenir l'incidence et de minimiser leurs conséquences sur les patients, le personnel et les visiteurs.



Les services techniques et de maintenance sont chargés de la gestion des questions liées à la sécurité des équipements et des installations techniques et de veiller sur leur fonctionnement normal, de jour comme de nuit.

Une permanence technique doit être mise en place en dehors des horaires d'ouverture, pendant les jours fériés et chômés, afin de garantir le bon fonctionnement de l'ensemble des installations et équipements de l'hôpital.

Tout équipement présentant un risque potentiel pour la sécurité des patients, personnels ou de l'environnement doit être mis hors d'usage jusqu'à sa remise en état.

Article 163 : Matières dangereuses

Sauf besoin de service, et sous réserve du strict respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, il est formellement interdit d'introduire au sein de l'hôpital tout instrument ou produit pouvant présenter un danger réel ou potentiel pour la structure ou les personnes.

Article 164 : risque incendie

Conformément à la réglementation en vigueur, un plan d'organisation incendie et des procédures de sécurité ont été mis en place au sein du centre hospitalier.

Cette procédure est disponible dans chaque structure interne et doit être impérativement respectée en cas d'incendie.

Les consignes à suivre en cas d'incendie doivent être affichées dans chaque structure interne ainsi que dans tous les endroits accessibles au public.

Le personnel hospitalier a l'obligation de suivre des formations spécifiques liées au risque incendie, au minimum tous les trois ans, sur demande auprès du supérieur hiérarchique, ou sur proposition des responsables de structures et des chefs de pôles.

Section 3 : Catastrophes : la gestion de crise

Article 165 : plan blanc

En cas de crise pouvant générer un afflux important de blessés sur une durée plus ou moins longue, le centre hospitalier a mis en place un dispositif d'urgence, dit « plan blanc ».

Il s'agit d'un dispositif d'accueil et de gestion d'une arrivée massive et/ou progressive de victimes à la suite d'un événement interne ou externe à l'hôpital qui permette en même temps de maintenir la continuité des soins et urgences ordinaires.

L'activation du plan est décidée par le directeur de l'hôpital, ou son représentant, en coordination avec le régulateur du SAMU et le cadre du pôle de soins continus.

La procédure détaillée est définie dans le plan blanc.

Article 166 : plan rouge

En cas de catastrophe plus grave, un plan rouge est mis en place sous l'autorité de la préfecture.



CHAPITRE SIX : dispositions générales

Article 167 : Modalités d'adoption du règlement intérieur

Le directeur, président du directoire, arrête le règlement intérieur après concertation du directoire.

Le Conseil de Surveillance, la CME et le CTE émettent un avis sur le projet de règlement intérieur.

La CSIRMT est informée.

Article 168 : Modalités de modification du règlement intérieur

Toute modification du règlement intérieur ne peut intervenir qu'après avis des instances citées ci-dessus et selon la même procédure que celle d'adoption.

Article 169 : fondements du règlement intérieur

Le présent règlement se fonde sur les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Mise à jour : 11 février 2013

