



## **REGLEMENT INTERIEUR CENTRE HOSPITALIER DE PONT-SAINT-ESPRIT**



## SOMMAIRE

1	L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER .....	7
1.1	LE DIRECTEUR .....	7
1.2	LE DIRECTOIRE .....	7
1.3	LE CONSEIL DE SURVEILLANCE .....	8
1.4	LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT .....	8
1.4.1	Composition .....	8
1.4.2	Fonctionnement.....	8
1.4.3	Sous- commissions de la CME .....	9
1.4.4	Président de la CME .....	9
1.5	COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT .....	9
1.6	COMMISSION DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES .....	10
1.6.1	Composition .....	10
1.6.2	Compétences .....	10
1.6.3	Fonctionnement.....	11
1.7	ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES .....	11
1.7.1	Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL).....	11
1.7.2	Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et des conditions de travail .....	12
1.7.3	Autres commissions consultatives .....	13
1.8	LA SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION .....	13
1.8.1	Charte d'utilisation des technologies de l'information et de la communication .....	14
1.8.2	Charte de confidentialité du dossier patient informatisé .....	14
1.9	L'ORGANISATION DE LA QUALITE /SECURITE DES SOINS/EVALUATION .....	15
1.9.1	L'organigramme qualité.....	15
1.9.2	La sécurité des soins et la sécurité sanitaire .....	15
1.10	LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES.....	16
1.10.1	La sécurité incendie .....	16
1.10.2	La sécurisation des différents sites.....	17
2	L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER .....	18
2.1	CODE DE DEONTOLOGIE .....	18
2.2	SERVICES – UNITES FONCTIONNELLES .....	18
2.3	CORPS MEDICAL : CATEGORIES.....	18
2.3.1	Praticiens hospitaliers .....	18
2.3.2	Praticiens contractuels (dont les praticiens attachés) .....	20
2.3.3	Les médecins à diplôme obtenu hors Union européenne (PADHUE) .....	21
2.3.4	Internes en médecine .....	22
2.4	LE PHARMACIEN .....	22
2.5	LA PERMANENCE DES SOINS .....	23
2.6	VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE.....	24
2.7	SERVICE D'INFORMATION MEDICALE .....	24
2.8	DOSSIER MEDICAL .....	24
3	DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES .....	26
3.1	DISPOSITIONS GENERALES .....	26
3.1.1	Principe du libre choix du malade.....	26
3.1.2	Accès aux soins des personnes démunies .....	26
3.1.3	Livret d'accueil .....	26
3.1.4	Mode d'admission.....	26
3.1.5	Décision préfectorale .....	27
3.1.6	Transfert après premiers secours ou admission .....	27
3.1.7	Information de la famille .....	27
3.1.8	Refus d'hospitalisation d'un malade.....	27
3.1.9	Dépôts de valeurs .....	28
3.1.10	Responsabilité de l'établissement .....	28
3.1.11	Restitution des objets .....	28
3.1.12	Chambres particulières.....	28
3.2	DISPOSITIONS PARTICULIERES .....	28

3.2.1	Prise en charge des frais d'hospitalisation.....	29
3.2.2	Règlement des frais d'hébergement en EHPAD.....	29
3.2.3	Incapables majeurs- gestion des biens .....	31
3.2.4	Etrangers – Admission .....	31
3.2.5	Malades tuberculeux – Admission et séjour .....	31
3.2.6	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.....	32
3.3	CONDITIONS DE SEJOUR .....	32
3.3.1	Parcours du patient.....	32
3.3.2	Information du malade sur les soins et sur son état de santé .....	32
3.3.3	La personne de confiance .....	33
3.3.4	Information de la famille .....	33
3.3.5	Discrétion demandée par le patient .....	33
3.3.6	Modalités d'exercice du droit de visite.....	33
3.3.7	Comportement des visiteurs.....	34
3.3.8	Horaires des visites .....	34
3.3.9	Horaires des repas – Repas aux accompagnants : .....	34
3.3.10	Détermination des menus .....	35
3.3.11	Déplacement et comportement des hospitalisés – désordres.....	35
3.3.12	Hygiène à l'hôpital.....	35
3.3.13	Effets personnels .....	35
3.3.14	Contrôle d'accès .....	36
3.3.15	Interdiction de fumer et de vapoter.....	36
3.3.16	Vaguemestre – Téléphone - Télévision .....	36
3.3.17	Service Social .....	36
3.3.18	Exercice du culte.....	37
3.3.19	Intervention de bénévoles.....	37
3.4	SORTIES .....	37
3.4.1	Préparation de la sortie .....	37
3.4.2	Autorisations de sortie.....	37
3.4.3	Formalités de sortie .....	38
3.4.4	Sortie contre avis médical.....	39
3.4.5	Sortie disciplinaire.....	39
3.4.6	Sortie après refus de soins.....	39
3.4.7	Sortie clandestine des malades (fugue) .....	39
3.4.8	Evaluation de la satisfaction des patients et Résidents .....	39
3.4.9	Transports sanitaires.....	40
3.5	RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET MALADES.....	40
3.5.1	Conservation du dossier médical.....	40
3.5.2	Communication du dossier médical.....	41
3.5.3	Envoi d'un dossier médical succinct .....	41
3.5.4	Information du médecin traitant .....	41
3.5.5	Gestion des plaintes et réclamations.....	42
3.6	FIN DE VIE ET LE DECES .....	42
3.6.1	Fin de vie .....	42
3.6.2	Constat du décès.....	43
3.6.3	Notification du décès .....	43
3.6.4	Indices de mort violente ou suspecte .....	44
3.6.5	Toilette mortuaire et inventaire après décès .....	44
3.6.6	Mesures de police sanitaire .....	44
3.6.7	Transport de corps à résidence sans mise en bière .....	44
3.6.8	Transfert de corps en chambre funéraire sans mise en bière .....	45
3.6.9	Transport de corps après mise en bière .....	45
3.6.10	Autopsie - Inhumation.....	46
4	DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL.....	46
4.1	OBLIGATIONS .....	46
4.1.1	Continuité du service .....	46
4.1.2	Assiduité et ponctualité .....	46
4.1.3	Devoir d'obéissance - Exécution des ordres reçus.....	47
4.1.4	Diffusion d'informations concernant les incidents .....	47

4.1.5	Conservation en bon état des locaux, matériels et effets .....	47
4.1.6	Interdiction des comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel.....	47
4.1.7	Interdiction d'exercer une activité privée à but lucratif .....	48
4.1.8	Identification du personnel.....	48
4.1.9	Tenue vestimentaire de travail .....	48
4.1.10	Tenue et comportement correct exigés .....	48
4.1.11	Lutte contre le bruit.....	49
4.1.12	Dispositions relatives au tabac, à l'alcool et aux stupéfiants sur les lieux de travail .....	49
4.1.13	Relations avec les usagers .....	49
4.1.14	Relations avec les proches.....	49
4.1.15	Secret professionnel .....	49
4.1.16	Obligation de discrétion professionnelle.....	50
4.1.17	Utilisation de l'outil informatique .....	50
4.1.18	Utilisation du téléphone portable personnel .....	50
4.1.19	Obligation de formation continue à la sécurité incendie .....	50
4.1.20	Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier .....	50
4.2	ORGANISATION ET AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL .....	50
4.2.1	Durée annuelle.....	51
4.2.2	Durée quotidienne .....	51
4.2.3	Le suivi du temps de travail au Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit .....	51
4.2.4	Les heures supplémentaires .....	52
4.2.5	Les astreintes (non médicales).....	52
4.3	GESTION DES TEMPS SYNDICAUX .....	53
4.4	GESTION DU COMPTE EPARGNE TEMPS .....	53
4.5	DIVERS .....	54
4.5.1	Livret d'accueil .....	54
4.5.2	Consultation du dossier administratif.....	54
4.5.3	Effets et biens personnels, responsabilité .....	54
4.5.4	Restaurant du personnel .....	54
5	REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS LE CENTRE HOSPITALIER .....	55
5.1	OBLIGATIONS GENERALES.....	55
5.2	SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS .....	55
5.2.1	Sécurité Générale.....	55
5.3	VOIES DE CIRCULATION, REGLES DE CIRCULATION ET STATIONNEMENT .....	56
5.3.1	Application du code de la route .....	56
5.3.2	Le stationnement .....	57
5.3.3	La responsabilité .....	57
5.3.4	Les sanctions .....	57
6	DISPOSITIONS DIVERSES .....	58
6.1	APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR .....	58
6.2	MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	58
6.3	MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR .....	58

## ANNEXES

- 1. Répartition des lits par discipline médicale et médico-sociale
- 2. Règlement intérieur de l'IFSI / Charte informatique d'utilisation de l'Internet, des services multimédias au sein de l'IFSI de Bagnols sur Cèze
- 3. Fiche descriptive des compétences du Directeur
- 4. Délégations de signature
- 5. Organigramme de l'équipe de direction
- 6. Fiche descriptive du fonctionnement et compétences du Directoire
- 7. Composition du Directoire
- 8. Fiche descriptive composition, fonctionnement et compétences du Conseil de Surveillance
- 9. Composition du Conseil de Surveillance
- 10. Composition de la Commission Médicale d'Etablissement
- 11. Fiche descriptive du fonctionnement de la Commission Médicale d'Etablissement
- 12. Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Etablissement
- 13. Fiche descriptive des compétences de la Commission Médicale d'Etablissement
- 14. Fiche descriptive du Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- 15. Composition du Comité Social d'Etablissement
- 16. Règlement intérieur du Comité Social d'Etablissement, Formation spécialisée et Commission de formation
- 17. Règlement intérieur de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico - Techniques
- 18. Composition actualisée de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico – Techniques
- 19. Règle de gestion du dossier patient
- 20. Règlement intérieur de la Commission des Usagers
- 21. Règlement intérieur du Conseil de vie social
- 22. Règlement intérieur du Comité d'éthique
- 23. Charte informatique
- 24. Organigramme fonctionnel de la Qualité
- 25. Tableaux de service des médecins
- 26. Organisation de la permanence des soins au CH de Pont-Saint-Esprit
- 27. Convention relative au partenariat avec le CH de Bagnols sur Cèze/DIM
- 28. Plan de préparation à la gestion des tensions hospitalières et aux situations sanitaires exceptionnelles
- 29. Guide de gestion du temps de travail
- 30. Règlement de fonctionnement de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- 31. Règlement de fonctionnement du Service de Soins Infirmiers A Domicile
- 32. Responsable du système de management de la qualité et de la prise en charge du médicament
- 33. Protocole d'accord sur le temps syndical

## INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit est un établissement public de santé, au sens du Code de la Santé Publique. Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Labellisé en décembre 2021 Hôpital de proximité, le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit a une double vocation sanitaire et médico-sociale. Son activité intervient sur quatre sites différents.

Pour remplir sa mission, le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit comporte :

- Des services d'hospitalisation (médecine, soins palliatifs, SSR polyvalent et gériatrique),
- Des consultations externes spécialisées (diabétologie, médecine interne, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, médecine physique et réadaptation, gastro-entérologie).
- Des structures mobiles et des structures extrahospitalières (SSIAD, HAD, ETP, ESA)
- De structures médico-sociales (EHPA, EHPAD, UHR, Cantou, PASA, Accueil de jour).
- Des services logistiques, techniques et administratifs.

Afin de rationaliser son contenu, les dispositions réglementaires clé sont reprises sous forme de fiches descriptives issues du guide édité par le Ministère de la Santé « La loi HPST à l'Hôpital : les clés pour comprendre ».

La répartition des lits par discipline médicale et médico-sociale, est présentée pour mémoire dans le tableau en **annexe 1**.

Une annexe de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Bagnols sur Cèze accueille, sur le site de la Blache, des élèves aides-soignants. Son règlement intérieur est joint en **annexe 2** de ce règlement.

Le présent règlement intérieur s'applique au site de Pont-Saint-Esprit et de ses résidences :

- Notre-Dame de la Blache, à Pont-Saint-Esprit,
- Val de Cèze, à Cornillon,
- Augusta Besson, à Saint Paul les Fonts.

Il a été soumis à délibération :

- Du Conseil de surveillance Du 15 mars 2023
- Du Comité Social d'Etablissement du 14 mars 2023
- De la Commission Médicale d'Etablissement du 06 mars 2023

# 1 L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER

Dans un souci de clarté et de simplification, les éléments clés de l'organisation administrative tels que définis par la Loi Hôpital, Patient, Santé et territoire du 21 juillet 2009 ainsi que leurs décrets d'application sont repris sous forme de fiches en annexe du présent règlement intérieur, issues du document édité par le Ministère de la santé « La loi HPST à l'Hôpital, Les clés pour comprendre ».

Les établissements publics de santé sont dotés d'un Conseil de Surveillance et dirigés par un Directeur assisté d'un Directoire.

## 1.1 LE DIRECTEUR

Le directeur est nommé par arrêté du Directeur Général du Centre National de Gestion.

Fiche descriptive des compétences en [annexe 3](#).

Les délégations accordées sont jointes en [annexe 4](#). Il est assisté d'une équipe de direction (organigramme en [annexe 5](#)).

Une astreinte de direction est organisée du lundi 08h au lundi 08h. Le tableau d'astreinte de Direction est arrêté par le Directeur.

## 1.2 LE DIRECTOIRE

Le Directoire est une instance qui appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'Etablissement.

Il comporte huit membres :

- le directeur, président du directoire ;
- le président de la commission médicale d'établissement, vice-président.
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un membre du personnel non médical nommé et, le cas échéant, révoqué par le directeur, après information du conseil de surveillance. Ce membre est nommé sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- des membres qui appartiennent aux professions médicales nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; ces membres sont nommés, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement
- une personnalité qualifiée.

Assistent également le Directeur Adjoint des Finances et Ressources Matérielles, le Directeur Adjoint des Ressources Humaines, de la Qualité-gestion des risques et des Affaires Générales.

Fiche descriptive des autres éléments de la composition, du fonctionnement, des compétences en [annexe 6](#). La composition du Directoire du Centre Hospitalier est jointe en [annexe 7](#).

### 1.3 LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le Conseil de surveillance remplace le Conseil d'Administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de l'Établissement. Il est composé de 9 membres avec voix délibératives répartis en 3 collèges.

Fiche descriptive des principes de sa composition, de son fonctionnement et de ses compétences en **annexe 8**.

Fiche de sa composition actualisée du Centre Hospitalier de Pont-Saint-Espirit en **annexe 9**.

### 1.4 LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Le cadre des compétences accrues de la CME en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins a été fixé par la loi. Le décret fixant la composition de la CME innove, en particulier en laissant une relative liberté à chaque établissement pour la composition de la CME, fixée par le présent règlement intérieur.

#### 1.4.1 Composition

La Commission Médicale d'Établissement est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques comme suit :

**Membres de droit :**

6 représentants élus des responsables titulaires des structures internes, services ou unités fonctionnelles.

Siègent également avec voix consultative :

Le Président du directoire ou son représentant,

Le Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique,

Le représentant du CSE, élu en son sein.

Le nombre de représentants par catégorie assure une représentation minimale et équilibrée des disciplines de l'Établissement.

La Commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour et notamment le Médecin Conseil Régional de la Sécurité Sociale ou son représentant ainsi que le Médecin Conseil de la Caisse assurant le versement de la dotation globale allouée à l'établissement dans le cas où il ne siégerait pas à un autre titre.

Fiche de sa composition actualisée en **annexe 10**.

#### 1.4.2 Fonctionnement

Fiche descriptive de son fonctionnement en **annexe 11**.

La Commission Médicale d'Établissement (CME) élit en son sein son Président et son Vice-Président. Le Président fixe l'ordre du jour des convocations.



La Commission Médicale d'Établissement doit se réunir au moins quatre fois par an. Elle a établi son règlement intérieur. Ce règlement intérieur est joint en **annexe 12**. Ses séances ne sont pas publiques.

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

Les convocations et l'ordre du jour sont envoyés aux membres de la Commission Médicale d'Établissement au moins 7 jours avant la date de réunion. Lorsque le quorum n'a pas été atteint à la première séance, une deuxième convocation est faite dans les huit jours pour une nouvelle réunion de la Commission Médicale d'Établissement qui ne sera alors pas soumise au quorum.

### 1.4.3 Sous- commissions de la CME

Au Centre Hospitalier, les sous-commissions suivantes sont installées :

- Cellule qualité et gestion des risques (CQGDR),
- Sous-commission chargée du médicament et des dispositifs médicaux stériles – COMEDIMS,
- Sous-commissions de vigilances et des risques associés aux soins : cellule identitovigilance,
- Sous-commission du risque infectieux,
- Sous-commission sécurité et parcours de soins,
- Sous-commission de Lutte contre la Douleur (CLUD),
- Sous-commission Alimentation et Nutrition (CLAN).

Leur composition et leurs missions sont décrites dans leurs règlements intérieurs respectifs dans le respect des textes réglementaires.

### 1.4.4 Président de la CME

La définition du nouveau statut du Président de la CME, Vice-Président du Directoire consacre ses nouvelles fonctions.

- Fiche descriptive de ses compétences en **annexe 14**.

## 1.5 COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT

Le nombre de représentants suppléants du comité social d'établissement est égal au nombre de représentants titulaires.

Considérant les effectifs et les résultats des élections professionnelles du 8 décembre 2022, la composition du CSE est ainsi établie :

- ✓ Présidente du CSE : directeur de l'établissement,
- ✓ Représentants des organisations syndicales 8 titulaires + 8 suppléants
  - Syndicat CGT : 5 titulaires – 5 suppléants
  - Syndicat FO : 3 titulaires – 3 suppléants

Assistent, avec voix consultative :

- ✓ Un représentant élu par la commission médicale d'établissement,

Assistent à titre consultatif

- ✓ Des représentants de l'administration en charge des dossiers : directrice des soins, directrice des ressources humaines, directrice des finances et des ressources matérielles.

Le directeur du Centre Hospitalier préside le CSE.

Décision de composition nominative en **annexe 15**.

Règlement intérieur fixant les compétences et le fonctionnement du CSE en **annexe 16**

## **1.6 COMMISSION DU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES**

### **1.6.1 Composition**

La CSIRMT du Centre Hospitalier de Pont-Saint-Espirit prévoit :

- 14 membres titulaires et 2 membres suppléants  
Ceux-ci sont élus après appel à candidature au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque collège composant les groupes mentionnés ci-dessous dans les proportions définies par le règlement intérieur.
- Des membres associés avec voix consultative  
Le nombre de sièges attribués aux deux premiers groupes est calculé au prorata des effectifs des personnels de chaque collège, apprécié en équivalents temps plein, au dernier jour du troisième mois précédant celui de l'affichage des listes d'électeurs et d'éligibles.
- Membre de droit  
Le Coordonnateur Général des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, préside la CSIRMT.
- Membres élus

La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.

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

1° Groupe : Collège des Cadres de Santé – 2 membres titulaires / 2 membres suppléants

2° Groupe : Collège des Personnels Infirmiers – 3 membres titulaires

3° Groupe : Collège des Aides-Soignants – 3 membres titulaires

4° Groupe : Collège de rééducation et Médico-Techniques – 3 membres titulaires

5° Groupe : Personnes qualifiées associées aux travaux (Diététicienne, Hygiéniste, Gestion des Risques) – 3 membres titulaires

### **1.6.2 Compétences**

La CSIRMT est consultée sur :

- 1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins.
- 2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- 3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins.
- 4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.
- 5° La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- 6° La politique de développement professionnel continu.

La CSIRMT est informée :

- 1° Le règlement intérieur de l'établissement
- 2° La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2
- 3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

### 1.6.3 Fonctionnement

La CSIRMT se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son Président. Le secrétariat est assuré par la Direction du Service de Soins Infirmiers.

La CSIRMT émet des avis lorsque la moitié au moins de ses membres désignés sont présents. Lorsque le quorum n'est pas atteint une convocation à huit jours d'intervalle est faite et l'avis émis est valable quel que soit le nombre des membres présents.

Un procès-verbal est établi après chaque séance et adressé au Directeur et aux membres de la commission. Un compte rendu annuel de l'activité de la CSIRMT est établi par le Directeur du Service de Soins Infirmiers.

- Son règlement intérieur est en **annexe 17**.
- Composition actualisée en **annexe 18**.

## 1.7 ORGANES CONSULTATIFS SPECIALISES

### 1.7.1 Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

Elles sont instituées par l'assemblée délibérative et sont compétentes à l'égard des fonctionnaires hospitaliers de l'Etablissement. Au nombre de neuf, elles regroupent les corps de catégorie A, B et C par filières professionnelles. Au Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, seules 7 commissions existent :

Catégorie A :

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

Catégorie B :

CAPL N°4 : personnel d'encadrement technique

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

CAPL n°6 : personnels d'encadrement administratif et des assistants médico-administratifs "

Catégorie C :

CAPL n°7 : personnels de la filière ouvrière et technique

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

CAPL n°9 : personnels administratifs

Les Commissions 3 et 10 ne sont pas représentées au sein de l'établissement, l'effectif du corps concerné étant inférieur à 4 agents.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales comprennent, en nombre égal, d'une part des représentants de l'administration désignés par le Conseil de Surveillance, d'autre part des représentants élus par le personnel.

Les CAPL comprennent à nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Elles sont composées de membres titulaires et suppléants. Le nombre de représentants aux CAPL est fonction du nombre d'agents dans l'établissement.

Les CAP sont obligatoirement consultés, à l'initiative de la Direction, sur les projets de décision individuelle suivants concernant les fonctionnaires relevant de la commission :

- ✓ Refus de titularisation et licenciement en cours de stage pour insuffisance professionnelle ou faute disciplinaire,
- ✓ Licenciement après 3 refus de postes proposés en vue d'une réintégration à la fin d'une disponibilité,
- ✓ Licenciement pour insuffisance professionnelle,
- ✓ Décision refusant un congé pour formation syndicale,
- ✓ Décision refusant un congé de formation à l'hygiène et la sécurité à un fonctionnaire représentant du personnel au comité social,
- ✓ Décision de renouvellement ou de non renouvellement du contrat d'embauche d'un fonctionnaire handicapé,
- ✓ Refus pour la 2<sup>ème</sup> fois d'une demande de préparation à un concours,
- ✓ Refus d'une période de professionnalisation,
- ✓ Refus pour la 3<sup>ème</sup> fois d'une demande de congé de formation professionnelle,
- ✓ Décision de dispense de l'obligation de servir à la fin d'un congé de formation professionnelle.

Les CAP sont consultés, en formation disciplinaire, sur les projets de sanction disciplinaire des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> groupes à l'égard des fonctionnaires.

### **1.7.2 Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et des conditions de travail**

Une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est instituée au sein du CSE. Elle est dénommée formation spécialisée du CSE.

Le président du comité social d'établissement ou le représentant qu'il désigne préside la formation spécialisée du comité.

Le nombre de représentants des membres des organisations syndicales est fixé à 8 titulaires + 8 suppléants.

Chaque organisation syndicale siégeant au CSE désigne librement au sein de la formation spécialisée un nombre de représentants titulaires égal au nombre de sièges qu'elle détient dans ce comité parmi les représentants titulaires et suppléants de ce comité. Ces représentants doivent satisfaire aux conditions d'éligibilité fixées à l'article 20 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.

Assiste également avec voix consultative : 1 représentant titulaire + 1 représentant suppléant du personnel médical (élus par la CME).

Assistent à titre consultatif :

- ✓ Des représentants de l'administration en charge des dossiers,
- ✓ Le médecin du travail,
- ✓ De l'hygiéniste,
- ✓ De la responsable de la qualité gestion des risques.

La formation spécialisée instituée au sein du comité social d'établissement exerce ses attributions sur le périmètre du comité auquel elle appartient :

- ✓ Sur les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail,
- ✓ Sur l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques,
- ✓ Sur l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes,
- ✓ A défaut de saisine du CSE sur cette question, soit du fait de sa compétence générale ou sur décision du Directeur ou à la demande de la moitié des membres représentants du personnel.

A cette fin, la formation spécialisée procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents notamment, les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Elle propose des actions de prévention en matière de prévention des risques, de harcèlement et en matière de formation.

En dehors des cas où elle se réunit à la suite d'un accident du travail, en présence d'un danger grave et imminent ou pour des raisons exceptionnelles, la commission spécialisée tient à chacune de ses réunions un ordre du jour portant spécifiquement sur les questions en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, la formation spécialisée se réunit au moins une fois par trimestre.

Un règlement intérieur en **annexe 16** fixe les modalités de fonctionnement de cette instance.

### 1.7.3 Autres commissions consultatives

D'autres commissions réglementaires existent dans l'établissement :

- La Commission des usagers : règlement intérieur en **annexe 20**
- Le Conseil de vie social : règlement intérieur en **annexe 21**
- Le Comité d'éthique : règlement intérieur en **annexe 22**

## 1.8 LA SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION

Le Directeur du Centre Hospitalier nomme un responsable de la sécurité du service informatique qui a pour mission de faire appliquer la politique de sécurité de l'établissement.

La politique de sécurité du système d'information (PSSI) se décline en plusieurs documents opérationnels dont la charte d'utilisation des technologies de l'information et de la communication plus communément dénommée « charte utilisateurs ».

### 1.8.1 Charte d'utilisation des technologies de l'information et de la communication

La présente charte qui est annexé au présent document (**annexe 23**) définit les droits et devoirs de chaque utilisateur.

Elle permet tout d'abord de rappeler les lois, la jurisprudence et règlements en vigueur, applicables aux usagers du système d'information. Elle fixe les bonnes pratiques et les règles internes d'usage et de bonne utilisation des outils informatiques du centre hospitalier. Elle permet également de sensibiliser les agents à la sécurité informatique en rappelant les menaces principales et les bons gestes à adapter.

La signature de cette charte conditionne l'accès des nouveaux agents au système d'information de l'Établissement.

### 1.8.2 Charte de confidentialité du dossier patient informatisé

#### 1.8.2.1 Le dossier patient au Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit

L'objectif principal du dossier patient est de garantir dès l'admission, au sein de l'ensemble des services, une traçabilité exhaustive et partagée des actes réalisés par les différents acteurs du soin.

Les règles de gestion du dossier est un document qui précise les modalités d'utilisation du dossier de soins, les droits d'accès et les responsabilités ainsi que les conditions de conservation (**annexe 19**)

Il s'appuie sur l'ensemble des réglementations du Code de la Santé Publique et notamment :

L'article R-1112-2 du CSP qui précise les éléments constitutifs du dossier,

L'article L-1112-1 du CSP pour les informations utiles à transmettre à la sortie,

La loi du 4 mars 2002 pour l'accès au dossier par le patient ou ses ayants droit.

Le dossier du patient n'est pas la propriété du patient, mais celle du Centre Hospitalier.

Afin d'améliorer et de sécuriser la prise en charge des patients, l'établissement a fait le choix de mettre en place un dossier patient informatisé depuis 2011.

Tous les professionnels de santé sont concernés par la tenue du dossier patient. Des formations sont organisées pour l'utilisation du DPI et des référents DPI sont identifiés dans chaque service.

L'écrit est un temps de soins dont il fait partie intégrante.

Le dossier de soins est un instrument de preuve, il a une valeur juridique.

La jurisprudence sanctionne avec sévérité le manquement à l'obligation de tenue du dossier patient.

Celui-ci peut apparaître comme un instrument de la mise en jeu de la responsabilité.

#### 1.8.2.2 Principes d'accès au dossier patient informatisé

Chaque professionnel disposant d'un accès au dossier du patient est soumis au secret professionnel ainsi qu'au secret médical.

La confidentialité est une composante de la sécurité comme l'intégrité et la disponibilité des informations. Elle est alors définie comme la propriété qui assure que seuls les utilisateurs habilités dans les conditions normalement prévues ont accès aux informations.

Les données contenues dans le dossier du patient sont confidentielles et ne doivent pas être accessibles au public.

Les informations contenues ne peuvent être partagées qu'entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins au patient.

Chaque agent dispose d'un identifiant et d'un mot de passe nominatifs. Les identifiants sont strictement personnels et ne doivent en aucun cas être communiqués, sous peine de mise en cause de la responsabilité propre de l'agent. La charte d'utilisation des technologies de l'information et de la communication précise l'ensemble des droits et devoirs des utilisateurs.

L'établissement a également pris les dispositions suivantes afin d'assurer la confidentialité :

- L'accès au bureau des admissions n'est pas possible en l'absence d'un personnel, celui-ci est fermé à clé.
- L'accès à la salle de soins et à la salle de relève est sécurisé via un système de contrôle d'accès.
- Lors de l'utilisation d'un chariot informatisé dans les couloirs, le poste ne doit jamais être connecté en l'absence de son utilisateur.
- Les droits d'accès au DPI sont limités par métiers.
- La gestion des utilisateurs dans le DPI est organisée.
- Un destructeur de papier est présent dans chaque salle de soins.

## 1.9 L'ORGANISATION DE LA QUALITE /SECURITE DES SOINS/EVALUATION

### 1.9.1 L'organigramme qualité

L'organigramme fonctionnel de la Qualité est joint en **annexe 24**.

### 1.9.2 La sécurité des soins et la sécurité sanitaire

Conformément au Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010, le management de la gestion des risques est sous la responsabilité du responsable de la qualité (désigné par le Directeur en concertation avec le Président de la CME) et piloté par la direction de la qualité.

L'organisation et la promotion de la gestion globale des risques est inscrite dans la politique Qualité/Sécurité des Soins/Evaluation du Projet d'Etablissement. Cette politique est déclinée dans les programmes annuels mis à jour et évalués tous les ans. Qualité/Sécurité des Soins/Evaluation.

Le management de la gestion globale des risques est décliné selon 2 approches complémentaires :

- Une approche préventive (analyse préliminaire des risques par la cartographie des risques),
- Une approche corrective (gestion et suivi du signalement des événements indésirables).

Quelle que soit l'approche utilisée, l'élaboration d'un plan d'action global préventif et correctif est réalisée afin de garantir la sécurité dans tous les domaines relatifs à la vie hospitalière :

- La sécurité des soins (maîtrise du risque iatrogène) garantissant au patient une vigilance constante à toutes les étapes de sa prise en charge,
- La sécurité des biens et des personnes (maîtrise du risque environnementale) garantissant aux usagers et aux professionnels la sûreté de leur environnement, une hygiène conforme aux bonnes pratiques, des locaux sûrs, et un matériel fiable,
- La sécurité au travail (maîtrise du risque professionnel) permettant à tous les professionnels de travailler dans des conditions d'hygiène et de sécurité optimales,
- La sécurité de l'établissement (maîtrise du risque institutionnel) assurant la pérennité et l'image de l'établissement.

En cas de crise sanitaire, un plan d'action spécifique est élaboré, en conformité avec la réglementation en vigueur et décliné dans les procédures dédiées accessibles sur <https://protocoles.hopitalpse.fr/>. Ces procédures sont transmises pour information aux instances de l'établissement. Plus largement, le plan blanc de l'établissement reprend l'ensemble des plans de préparation à la gestion des tensions hospitalières et médico-sociales afin de faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Ces éléments doivent permettre à l'établissement d'apporter une réponse adaptée et progressive selon la nature, l'importance en termes sanitaire et la cinétique de l'événement.

L'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne » : Pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant.

Niveau 2 – « Plan blanc » : Pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement.

Ce niveau qui correspond à l'activation du plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels

Il comprend en annexe les plans canicule, grand froid, sécurité incendie, le plan de sécurisation de l'établissement

L'ensemble de ces documents sont disponibles en (**annexe 28**).

## 1.10 LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

### 1.10.1 La sécurité incendie

Une organisation institutionnelle est mise en place afin de prévenir et maîtriser tout risque incendie. Elle s'appuie sur :

- Une formation spécifique d'agents techniques : Le personnel technique est formé au risque incendie. Les agents sont titulaires du diplôme SSIAP 1. Le responsable incendie est titulaire du diplôme SSIAP 3.
- Une formation du personnel au risque feu sur l'ensemble des sites assurée par le responsable incendie.
- Un plan d'action « Procédures en cas d'incendie » annexé au plan blanc.



- Une gestion documentaire de la conformité des installations mentionnée au chapitre 5.2.1.4 (sécurité technique).

### **1.10.2 La sécurisation des différents sites**

Afin de garantir la sécurité des biens et des personnes au sein des différentes structures de l'établissement, des caméras de vidéosurveillance ont été installées à l'intérieur et à l'extérieur des locaux. Ces installations ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la préfecture conformément à la réglementation. Seules les personnes déclarées sont habilitées à visionner ces caméras sachant que les images enregistrées sont conservées 30 jours. En cas d'effraction ou d'identification d'un dysfonctionnement, les forces de l'ordre sont contactées. Dans le respect des normes RGPD, la présence d'une vidéosurveillance est mentionnée dans les livrets d'accueil usagers et professionnels, dans le contrat de séjour des Résidents, et apparait dans le présent chapitre du règlement intérieur de l'établissement.

## 2 L'ORGANISATION MEDICALE DU CENTRE HOSPITALIER

### 2.1 CODE DE DEONTOLOGIE

Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Il a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. Le praticien hospitalier et son équipe doivent veiller à l'information du patient et garantir le secret médical.

Les praticiens titulaires ou contractuels dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50% et qui souhaitent exercer une activité privée sont interdits d'exercer une activité risquant d'entrer en concurrence directe avec celles du Centre Hospitalier pendant 24 mois dans un rayon de 10kms. Cette interdiction s'applique à toute activité rémunérée dans un établissement privé à but lucratif, dans un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privée ou une officine de pharmacie.

### 2.2 SERVICES – UNITES FONCTIONNELLES

Pour l'accomplissement de ses missions, le Centre Hospitalier est organisé en services et unités fonctionnelles.

Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin ou d'un pharmacien hospitalier.

Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades et Résidents par une équipe soignante, médico-technique, de rééducation ou socio-éducative, identifiées par leurs fonctions et leur organisation.

Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

### 2.3 CORPS MEDICAL : CATEGORIES

Les médecins assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de prévention et de soins d'urgence dispensés par l'établissement.

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

Les pharmaciens régis par le présent statut exercent soit les fonctions définies par l'article L. 5126-5, soit des fonctions liées à la spécialité dans laquelle ils ont été inscrits sur la liste d'aptitude nationale mentionnée à l'article R. 6152-301.

#### 2.3.1 Praticiens hospitaliers

Les praticiens de l'établissement relèvent du nouveau statut unique de praticien hospitalier, qu'ils soient PH à temps plein ou PH à temps partiel.

Les obligations de service hebdomadaire des PH sont fixées à :

- ✓ 10 demi-journées lorsqu'ils exercent à temps plein,
- ✓ Entre cinq et neuf demi-journées lorsqu'ils sont à temps partiel.

Ils disposent de la possibilité d'exercer des activités non cliniques dans les conditions fixées par le décret n°2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

En cas d'exercice dans plusieurs établissements publics de santé, le praticien hospitalier ne peut désormais exercer que sous le statut de praticien hospitalier (R 6152-4). Cela signifie qu'un PH ne pourra pas, par ailleurs, exercer en tant que praticien contractuel dans un autre établissement public de santé.

Les candidats issus du concours national de PH sont nommés pour une période probatoire d'un an d'exercice effectif des fonctions, quelle que soit leur quotité de temps de travail.

Les praticiens en période probatoire bénéficient d'un entretien professionnel intermédiaire au terme de six mois puis d'un entretien final au terme des douze mois d'exercice effectif des fonctions :

- ✓ Le compte-rendu de ces entretiens professionnels, accompagnés des avis chef de service, du PCME et du directeur, est adressé au DG du CNG dans un délai maximum d'un mois après la fin de la période probatoire.
- ✓ La commission statutaire nationale est saisie lorsque l'un de ces trois avis est défavorable à la titularisation ou diverge des autres.

A l'issue de la période probatoire, après avis motivé du chef du service, du PCME et du directeur, ils sont :

1. soit nommés dans un emploi de praticien à titre permanent,
2. soit admis à prolonger leur période probatoire pour une nouvelle durée d'un an,  
En cas de prolongation de l'année probatoire, celle-ci peut être réalisée, pour tout ou partie, dans un autre établissement public de santé,
3. soit licenciés pour inaptitude à l'exercice des fonctions en cause, par arrêté du DG du CNG.

La déclaration de vacance d'un poste de PH doit donner lieu à l'établissement d'un profil de poste, comprenant désormais la quotité de temps de travail à pourvoir (entre 5 DJ et 10 DJ).

L'article R6152-23 vient rappeler que les praticiens perçoivent, après service fait, attesté par le tableau mensuel de service réalisé, validé par le chef de service, ou, à défaut, par le responsable d'une autre structure interne :

- Des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés, au prorata des obligations de service hebdomadaires.
- Des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret.

#### **Activité privée lucrative en dehors des obligations de service**

Tous les PH peuvent exercer une activité privée lucrative à l'extérieur de leur établissement d'affectation à condition que celle-ci ne mette pas en cause le bon fonctionnement du service ou ne nuise pas à l'accomplissement de ses missions (R 6152-26-3) :

- ✓ Le PH doit informer par écrit deux mois avant le début de cette activité le directeur de l'établissement,
- ✓ Il doit fournir les justificatifs attestant du lieu d'exercice de cette activité et du type de mission.

Quelle que soit leur quotité de temps de travail, les PH ont désormais droit à un congé de formation d'une durée de 15 jours ouvrables par an, pour mettre à jour leurs connaissances. Comme par le passé les droits à congé au titre de deux années peuvent être cumulés.

Les Praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence dispensés par le Service Public Hospitalier. En outre, ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche. Enfin, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

### 2.3.2 Praticiens contractuels (dont les praticiens attachés)

Le décret est pris en application de l'article L6152-1 du Code de la santé publique vise à substituer le statut de praticien contractuel aux trois statuts suivants : Praticien contractuel (article R6152-401 à R6152-436 du CSP), Praticien attaché (article R6152-601 à R6152-637 du CSP), Praticien clinicien (article R6152-701 à R6152-720 du CSP).

#### **Les motifs de recrutements des praticiens contractuels :**

- ✓ Motif 1 : Pour des situations de remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité. Le contrat est conclu pour une durée initiale de six mois maximum. Il est renouvelable par période de six mois, dans la limite de deux ans au sein du même établissement,
- ✓ Motif 2 : En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins. Le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, dans la limite maximale de six ans au sein d'un même établissement. Ce type de recrutement doit être prévu par le CPOM (article R. 6152- 340),
- ✓ Motif 3 : Pour recruter un praticien dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours de PH o Le contrat est conclu dans la limite maximale de trois ans,
- ✓ Motif 4 : Pour développer l'offre de soins territoriale et les coopérations extrahospitalières avec la médecine de ville et les établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés : le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum. A l'issue d'un ou plusieurs contrats conclus pour une durée cumulée de trois ans, le contrat peut être renouvelé pour une durée indéterminée. A compter d'une durée cumulée de six ans sur le même emploi dans le même établissement, le contrat devient un CDI.

Un même praticien ne peut bénéficier de recrutements successifs au sein d'un même établissement en qualité de contractuel au titre des 1°, 2° et 3° de l'article R. 6152-338 que pour une durée maximale de six ans (Art. R. 6152-339).

#### **Les obligations de service**

Les règles de droit commun des PH en matière de temps travail s'appliquent aux praticiens contractuels : obligations de service à dix demi-journées maximum, 48h par semaine au quadrimestre, repos quotidien, astreinte etc. (Art. R. 6152-350 à R. 6152-354).

Le plafond du service hebdomadaire varie selon le motif de recrutement (article R. 6152- 349) :

- Au maximum égal à 10 DJ hebdomadaires pour les praticiens recrutés au titre d'un remplacement, ou d'un accroissement d'activité (motif 1) ou d'une difficulté de recrutement (motif 2),
- Le service hebdomadaire des praticiens recrutés en attente de leur inscription sur la liste d'aptitude au concours de PH est compris entre 5 et 10 DJ,
- Au maximum égal à 4 DJ, pour les autres situations (motif 4).

La limite d'âge des praticiens est fixée à 67 ans.

Le praticien contractuel qui présente une demande de prolongation d'activité doit déposer celle-ci auprès du directeur, au plus tard mois 6 mois avant la date à laquelle ils atteindront la limite d'âge.

- Elle est accordée par périodes de six mois ou un an sur avis motivés du chef de pôle, du chef de service ainsi que du PCME sous réserve d'aptitude médicale.
- Elle est renouvelée par tacite reconduction pour la même durée, sous réserve de l'aptitude médicale.
- Le praticien informe le directeur de l'établissement de son intention de ne plus prolonger son activité à l'issue de la période en cours au moins 3 mois avant l'échéance de cette période.
- En cas de non renouvellement qui n'est pas à l'initiative du praticien, la décision de prolongation d'activité est prise après avis motivé du PCME et du chef de pôle sur proposition du chef de service ou à défaut du responsable de la structure interne.

A la fin de la prolongation, lorsque le non-renouvellement de la prolongation d'activité n'est pas à l'initiative du praticien, les jours du CET non soldés font l'objet d'une indemnisation (article R6152-393).

### **2.3.3 Les médecins à diplôme obtenu hors Union européenne (PADHUE)**

#### Praticien associé :

La création du statut de praticien associé s'inscrit dans un processus de simplification et sécurisation de l'exercice des professionnels de santé à diplôme hors UE (PADHUE). Relève du statut de praticien associé tout praticien qui, en vue d'exercer sa profession en France, est impliqué dans un parcours de consolidation des compétences ou dans un stage d'adaptation, ainsi que les réfugiés et apatrides qui disposent d'une autorisation d'exercice temporaire.

Ce statut va progressivement se substituer à ceux de praticien attaché associé et d'assistant associé qui disparaîtront au cours de l'année 2023.

Le statut de praticien associé s'applique aux praticiens lauréats des EVC organisées après le 1er janvier 2021 : ils sont affectés sur le statut de praticien associé dès leur affectation sur leur poste suite à la procédure de choix organisée par le CNG.

Les praticiens associés exercent des fonctions de prévention, de diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale.

Les titulaires d'un diplôme en pharmacie exercent soit les fonctions relatives aux pharmacies à usage intérieur, soit des fonctions liées à la spécialité pour laquelle ils réalisent le parcours de consolidation des compétences ou le stage d'adaptation.

Les praticiens associés exercent leurs fonctions par délégation, sous la responsabilité directe du praticien responsable de la structure dont ils relèvent ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste ou pharmacien.

Les praticiens associés participent au service de garde et d'astreinte des internes. Ils peuvent être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisée sur place en appui des personnels médicaux statutairement habilités et sous leurs responsabilités. Les praticiens associés ne sont pas autorisés à réaliser des remplacements en dehors de leur établissement

#### Les obligations de service

Les praticiens associés sont tenus d'effectuer un service hebdomadaire dans le cadre du parcours de consolidation de compétences fixé à 10 demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder 48 heures par semaine, en moyenne sur une période de 3 mois.

#### Stagiaire associé :

*Au titre de la coopération internationale à laquelle les établissements publics de santé peuvent participer, l'accueil de stagiaires associés permet à des médecins étrangers d'acquérir une nouvelle technique ou de perfectionner leur pratique.*

Les médecins ou pharmaciens, de nationalité étrangère ou française, titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine, qui viennent en France suivre un stage pratique dans un établissement public de santé et dans le cadre d'une coopération internationale hospitalière afin d'acquérir une nouvelle technique ou de perfectionner leur pratique, peuvent être recrutés en tant que stagiaires associés.

Une convention doit être élaborée au plus tard deux mois avant la prise de fonctions du candidat et recueillir le visa du préfet du département dans lequel est situé l'établissement d'accueil du stagiaire.

Les stagiaires associés sont recrutés pour une période de six mois renouvelable une fois. Cette période de six mois, renouvelable une fois pour une même convention, peut être fractionnée.

Leurs obligations de service sont fixées à dix demi-journées par semaine 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. Ils sont donc soumis aux mêmes bornes que les autres praticiens.

Ils exercent leurs fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation, et sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent par référence aux fonctions des internes en médecine (article R.6153-3, à l'exception du deuxième alinéa) ou aux internes en pharmacie (article R.6153-4) et ils participent alors à l'ensemble des activités de l'entité dans laquelle ils accomplissent leur stage, par délégation et sous la responsabilité du praticien ou du pharmacien auprès duquel ils sont placés.

### **Faisant fonction d'interne**

Le Faisant fonction d'interne (FFI) occupe un poste susceptible d'être offert à un interne ou à un résident en médecine, qui n'a pu être pourvu. Dans ce cas, sur proposition du chef de service, le directeur d'établissement peut décider de faire appel à un médecin, à un pharmacien ou à un étudiant en médecine ou en pharmacie

Placés sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, en tant que futurs internes, les FFI sont amenés à prendre part aux décisions concernant la prévention des maladies, le traitement des patients ou l'établissement des diagnostics. Il peut ainsi signer des prescriptions médicales et participer au service de gardes et d'astreintes.

Nommés pour une durée correspondant à la prise de fonction des internes allant jusqu'à la fin de leur période de stage, les FFI sont soumis aux mêmes dispositions que les internes.

## **2.3.4 Internes en médecine**

Les internes remplissent leurs fonctions sous l'autorité du responsable du service. Leurs obligations normales de jour sont onze demi-journées par semaine. Les internes et résidents bénéficient d'autorisations d'absence dans le cadre de leur formation.

Au Centre Hospitalier, deux lignes de garde d'internes couvrent l'activité de médecine, soins palliatifs, SSR polyvalent et gériatrique.

## **2.4 LE PHARMACIEN**

Le Pharmacien Chef de Service est chargé de l'organisation du service qui lui est confié dans les divers aspects de son activité :

- Gestion et dispensation des médicaments, des fluides et gaz médicaux, des dispositifs médicaux stériles.
- Préparation nominative de médicaments pour des malades hospitalisés : préparations magistrales.
- Contrôles des bonnes pratiques de stockage des médicaments et dispositifs médicaux stériles à la Pharmacie et dans les unités de soins.
- Surveillance et information sur les règles de bon emploi des médicaments et dispositifs médicaux stériles.
- Participation à la matériovigilance et à la pharmacovigilance.

Conformément à l'Arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, la direction de l'établissement après concertation avec la commission médicale d'établissement désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (**annexe 32**)

La continuité de la prise en charge médicamenteuse est assurée grâce à la dotation de secours pour besoins urgents disponibles dans le service du Ventoux (cf manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse).

## 2.5 LA PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins au Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit est définie de la manière suivante. Elle fait l'objet d'une procédure signée par la directrice et le président de la CME (**annexe 26**).

La permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des patients hospitalisés et des personnes accueillies ainsi que la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié.

L'organisation des activités médicales, comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme d'astreinte à domicile.

### Un service quotidien de jour

Le service quotidien de jour comprend : les services médicaux quotidiens du matin et de l'après-midi du lundi au samedi matin inclus auprès des malades hospitalisés.

### Une astreinte à domicile

S'agissant du Centre Hospitalier elle est organisée sous forme :

- ✓ D'astreinte à domicile et déplacements pour les secteurs sanitaires du Centre hospitalier de Pont Saint Esprit (médecine, SSR),
- ✓ D'astreinte téléphonique pour le service d'Hospitalisation à Domicile (Antenne de Pont-Saint-Esprit).

Le praticien doit rester joignable en permanence et intervenir dans les plus brefs délais.

L'astreinte à domicile de nuit débute à 19h00 et s'achève à 8h00.

L'astreinte commence le samedi à 12h00. Le samedi matin est un jour ouvrable.

Les dimanches et jours fériés, le service d'astreinte de jour commence à 8h00 et s'achève à 19h00.

Concernant la signature des certificats de décès, il convient de se référer à la procédure interne « prise en charge d'un décès » DECES/001– Indice F.

Dans le cadre de l'astreinte les médecins continueront à réaliser la signature des certificats de décès sur l'ensemble des secteurs sanitaires (médecine, SSR, HAD). Les médecins réaliseront la signature des certificats de décès sur l'ensemble des EHPAD (Augusta Besson, Val de Cèze, La Blache, EHPAD 1, EHPAD 2, UHR, Cantou) les WE et jours fériés de 8h00 à 19h00 en cas de refus d'intervention après appel du centre 15.

### Tableau de service nominatif mensuel

Le tableau nominatif mensuel des astreintes médicales est arrêté avant le 20 de chaque mois (**annexe 25**), pour le mois suivant, par la Directrice d'établissement, sur proposition du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Un fois validé par la Directrice et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement le tableau fait l'objet d'une diffusion informatisée à l'ensemble des services. Les modifications du tableau des astreintes sont assurées par le secrétariat de direction.

Le tableau de service nominatif mensuel répartit les sujétions résultant de la participation à la permanence des soins par roulement entre les praticiens participant à la permanence des soins.

Les périodes de travail accomplies au titre des obligations de service la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié donnent lieu au versement d'une indemnisation forfaitaire

### Temps de travail additionnel

Les personnels médicaux sur la base du volontariat et sans qu'ils puissent subir aucun préjudice du fait d'un refus, réaliser des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service dans les conditions fixées par leurs statuts respectifs.

Des registres de temps travaillé sont établis et comportent les informations suivantes :

- Contrats de temps de travail additionnel signés ;
- Spécialité concernée ;
- Périodes et heures de temps de travail additionnel effectuées par chacun des praticiens concernés.

Ces registres sont mis à la disposition du directeur afin de lui permettre de contrôler le recours à la contractualisation pour tout dépassement à la durée maximale du travail de quarante-huit heures hebdomadaires en moyenne sur 4 mois et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

Ces registres sont portés à la connaissance du service de santé au travail.

A l'issue du quadrimestre le temps additionnel peut être, au choix du praticien, rémunéré, récupéré ou versé au Compte Epargne Temps. Dans ces deux derniers cas, elle est comptée pour deux demi-journées.

Un bilan annuel est présenté en fin d'exercice au Directoire et à la Commission Médicale d'Etablissement incluant les éléments d'évaluation établis par la Direction des Affaires médicales.

## 2.6 VISITE MEDICALE QUOTIDIENNE

Les visites dans les services d'hospitalisation ont lieu régulièrement chaque matin. Dans la mesure du possible, la visite doit être terminée avant le déjeuner des malades. Le Chef de service/responsable de structure interne organise, si nécessaire, une contre-visite. Les dimanches et jours fériés, la continuité des soins est organisée dans le cadre des astreintes médicales.

## 2.7 SERVICE D'INFORMATION MEDICALE

Le service d'information médicale (SIM) est chargé de la gestion des données médicales au sein de l'établissement.

Le service d'information médicale a notamment pour mission de procéder à l'extraction, au traitement et à l'analyse des informations médicales produites par les services hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Cette activité est organisée en partenariat avec le Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze. Elle fait l'objet d'une convention portant sur les modalités d'analyse de l'activité médicale (PMSI) par les professionnels du centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze. Elle vient préciser les modalités pratiques des interventions des professionnels du Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze. Elle est annexée au règlement intérieur ***annexe 27***.

Le traitement des données médico-administratives est supervisé par le médecin responsable du Département d'Informatique Médicale du Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze dans le respect des règles d'anonymisations, de PMSI fixées par la réglementation en vigueur. Le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit est responsable de l'utilisation des informations traitées par le service du DIM du Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze qui s'engage à les transmettre en retour après traitement informatique (PMSI).

L'équipe de professionnels du CH de Pont-Saint-Esprit procède devant la CNIL aux déclarations réglementaires relatives au traitement des fichiers de ses malades.

## 2.8 DOSSIER MEDICAL

Un dossier médical est créé pour chaque patient. Il regroupe l'ensemble des séjours du patient.



Ce dossier, qu'il soit papier ou numérique, est accessible à tous les personnels soignants intervenant dans la prise en charge du patient. Des règles strictes d'accès aux dossiers médicaux ont été définies dans la charte de confidentialité détaillée au point 1-8-2 du présent règlement.

Les droits d'accès aux différentes données du DPI ont été déterminés en collège de l'information médicale, suivant la qualification des personnels.

## **3 DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES**

### **3.1 DISPOSITIONS GENERALES**

#### **3.1.1 Principe du libre choix du malade**

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

#### **3.1.2 Accès aux soins des personnes démunies**

Le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit dispose d'un service social facilitant l'accès aux soins et à l'hébergement des plus démunis et les accompagnants dans les démarches administratives nécessaires à la reconnaissance de leurs droits en matière de couverture sociale.

#### **3.1.3 Livret d'accueil**

La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Il est procédé à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Dans ce but, est remis à chaque patient et Résident, lors de son admission, un livret d'accueil. Celui-ci comprend un questionnaire à remplir avant la sortie de l'établissement (pour les personnes hospitalisées) et est accompagné d'un exemplaire de la Charte de la Personne Hospitalisée pour le secteur sanitaire et une Charte de la Personne Agée Dépendante pour le secteur médico-social. Le livret d'accueil ainsi que les Chartes sont disponibles sur simple demande à l'accueil de l'établissement.

Ce livret d'accueil contient toutes les informations pratiques utiles aux patients et Résidents pendant leur séjour et les informe de leurs droits et obligations.

#### **3.1.4 Mode d'admission**

##### **3.1.4.1 L'admission en secteur sanitaire au Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit.**

Elle est prononcée par le Directeur ou son représentant sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement.

Elle est décidée, par le médecin chef de service, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou hospitalier attestant de la nécessité du traitement hospitalier. Les demandes sont transmises via le logiciel Trajectoire pour les admissions en Service de rééducation ou en EHPAD. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans indiquer l'affection qui motive l'admission. Cette

demande peut être accompagnée d'une lettre cachetée du médecin traitant au médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

#### **3.1.4.2 L'admission en secteur médico-social au Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit ou sur une de ses Résidences**

Directrice des soins, Médecins, aides-soignantes, cadres de santé, psychologues et secrétaires médicales se réunissent toutes les 3 semaines lors de la Commission d'admission pour définir une liste d'attente.

Dès lors qu'il y a une disponibilité, le cadre de santé du service se met en relation avec la famille pour organiser l'admission.

#### **3.1.5 Décision préfectorale**

En cas de refus d'admission d'un malade qui remplit les conditions requises pour être admis en hospitalisation, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le Préfet.

#### **3.1.6 Transfert après premiers secours ou admission**

Lorsqu'un médecin de l'établissement constate que l'état d'un malade :

- Requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquées dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas,
- Ou lorsque l'admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier,

Le Directeur ou son représentant doit déclencher les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

#### **3.1.7 Information de la famille**

Toutes les mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades hospitalisés dans un autre établissement en urgence soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier responsable du malade.

#### **3.1.8 Refus d'hospitalisation d'un malade**

Tout malade dont l'admission est prononcée et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus ; à défaut, un procès-verbal de refus peut être dressé, signé par deux agents.

A l'exception des incapables majeurs, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le Médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus peut être dressé, signé par deux agents.

### 3.1.9 Dépôts de valeurs

Les objets personnels, qui ne sont pas des valeurs, sont conservés par le patient ou le Résident sous sa seule responsabilité. Il est conseillé aux personnes accueillies de n'apporter que des objets de faible valeur, strictement utiles au séjour. Si cela n'est pas possible, la personne hospitalisée ou le Résident est invitée à effectuer le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession auprès de l'administration de l'établissement.

Un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets de valeur, est aussitôt dressé et signé par le dépositaire, le cas échéant sa famille et le représentant de l'établissement ou à défaut par deux agents. Le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement auprès du Régisseur de recettes.

Les valeurs et les objets personnels sont déposés directement auprès du régisseur de l'établissement pendant ses heures de présence ou dans le coffre de transfert, prévu à cet effet, où le régisseur les récupérera le lendemain.

Tout dépôt de valeur sera transféré à la trésorerie spécialisée d'Alès sous délai de 90 jours.

### 3.1.10 Responsabilité de l'établissement

La responsabilité de l'établissement n'est pas engagée lors du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés. Elle n'est pas engagée non plus lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

### 3.1.11 Restitution des objets

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le Régisseur de l'établissement (lorsque ceux-ci n'ont pas encore été déposés à la Trésorerie) soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu et d'une pièce d'identité.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé.

Les objets non réclamés sont remis par la Trésorerie Principale, un an après la sortie de leur détenteur, à la Caisse des Dépôts et Consignations, s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines aux fins d'être mis en vente.

### 3.1.12 Chambres particulières

Les patients qui le souhaitent peuvent bénéficier d'une chambre particulière en fonction des disponibilités dans chaque service. Il est demandé à ce titre le paiement d'un forfait à régler à la fin du séjour en fonction du retour de prise en charge assurée par la mutuelle complémentaire. Cette mesure intervient en application du Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 et du Décret n° 2019-719 du 8 juillet 2019 autorisant la facturation de la chambre particulière en cas d'hospitalisation.

Elle ne s'applique pas en cas de prescription médicale imposant une chambre particulière (exemple : isolement pour risque infectieux).

## 3.2 DISPOSITIONS PARTICULIERES

Dans le cadre de la politique d'identité-vigilance développée dans l'établissement, avant toute admission en consultation externe ou en hospitalisation, il est demandé à l'assuré d'attester auprès des services

administratifs de son identité par la production d'un titre d'identité comportant une photographie" (art. L.162-21 du code de la sécurité sociale). Cette disposition est renforcée par la parution de la circulaire du 2 mai 2011 relative à la mise en œuvre de la loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public.

Une cellule d'identitovigilance est créée au sein de l'établissement (**annexe 34**)

### **3.2.1 Prise en charge des frais d'hospitalisation**

Les bénéficiaires des différents régimes de Sécurité Sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous les documents nécessaires à l'obtention de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de Sécurité Sociale dont ils relèvent (carte Vitale et attestation).

Sauf cas particuliers déterminés par la réglementation en vigueur, le forfait journalier et éventuellement le ticket modérateur, restent à la charge de l'hospitalisé si ce dernier possède une mutuelle, il lui appartient de fournir tout document justifiant cette prise en charge et les conditions de celle-ci. Les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) doivent être munis de leur attestation.

Les bénéficiaires de l'Article L.115 du Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant leur hospitalisation.

Les ressortissants de l'Union Européenne doivent justifier de leurs droits en fournissant les documents nécessaires.

Si le malade admis dans l'établissement ne relève d'aucun organisme social, il est tenu d'acquitter, auprès du Régisseur de recettes de l'établissement ou auprès du Trésorier Principal, le montant d'une provision correspondant à la durée prévue de son hospitalisation. Ce versement doit être effectué à l'admission et viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant au séjour.

### **3.2.2 Règlement des frais d'hébergement en EHPAD**

#### **3.2.2.1 Le coût du séjour**

Le coût du séjour est financé par le tarif hébergement, le tarif dépendance et par le forfait soins. Le tarif journalier payé par la personne hébergée, sa famille ou par l'aide sociale départementale recouvre deux montants : le tarif hébergement et le ticket modérateur dépendance. La facturation du tarif journalier démarre à compter du premier jour d'entrée dans l'établissement. Par ailleurs, un tarif dit de « réservation » sera facturé dès le jour de réservation de la chambre, et donc avant l'entrée de la personne hébergée dans l'établissement.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires des autorités de tarification (Conseil départemental du Gard) s'imposent à l'établissement comme à chacune des personnes qu'il accueille. Elles sont portées à leur connaissance collectivement à travers leur présentation au sein du Conseil de la vie sociale. Elles sont portées à la connaissance de la personne hébergée et/ou de son représentant légal par voie d'affichage. Toutes modifications leur sont communiquées.

#### **3.2.2.1.1 Les frais d'hébergement**

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien, d'activités de la vie sociale de l'établissement.

S'agissant des résidents relevant de l'aide sociale, ceux-ci doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90 % de leurs ressources. 10% des revenus personnels restent donc à la disposition du résident sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel.

Dans le cadre d'un hébergement permanent, une caution est demandée lors de l'entrée dans l'établissement. Ce dépôt de garantie est égal à une fois le tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne. La caution est restituée à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier.

Le tarif journalier est payé mensuellement à terme échu auprès de Madame le Receveur de l'établissement (Trésor Public). A la demande de la personne hébergée, un prélèvement automatique peut être effectué.

#### 3.2.2.1.2 Les frais liés à la perte d'autonomie

Le tarif dépendance représente la participation au financement de l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liés aux soins.

En fonction de leur perte d'autonomie (évaluée à partir de la grille AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les personnes hébergées peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par le Conseil départemental. Les résidents classés en GIR 5/6 n'ont pas droit au bénéfice de l'APA.

Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, fixé et facturé par arrêté du Président du Conseil départemental, en sus du tarif hébergement. Une participation reste à la charge du résident en fonction de sa perte d'autonomie et du niveau de ses ressources. L'APA est versée par les Conseils départementaux soit directement à l'établissement soit à la personne hébergée.

#### 3.2.2.2 La facturation en cas d'absence

##### 3.2.2.2.1 La facturation du tarif « hébergement »

###### a) L'absence pour hospitalisation

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier, sans limitation de durée.

###### b) L'absence pour convenance personnelle

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieure ou égale à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale qui correspond au montant du forfait journalier hospitalier.

##### 3.2.2.2.2 La facturation du tarif « dépendance »

En cas d'absence pour convenance personnelle ou pour hospitalisation, le ticket modérateur dépendance n'est pas facturé et ce dès le premier jour d'absence.

### 3.2.2.2.3 Facturation en cas de résiliation du contrat

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis de quinze jours.

En cas de décès du résident, la chambre devra être libérée sous 48 heures et les effets personnels seront restitués à la famille. En cas de non-respect de ce délai, la facturation est maintenue jusqu'à ce que les objets personnels aient été retirés.

La caution est restituée à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent la sortie de l'établissement ou le décès, déduction faite de l'éventuelle créance existante.

## 3.2.3 Incapables majeurs- gestion des biens

Le médecin du service peut saisir le Procureur de la République et lui demander la mise sous sauvegarde de la justice d'un de ses patients, s'il l'estime nécessaire. La sauvegarde de justice est une mesure provisoire qui peut déboucher sur la mise en tutelle ou en curatelle.

En cas d'hospitalisation :

- Sur majeur placé en sauvegarde de justice :
  - Ce dernier conservant l'exercice de ses droits, son seul consentement suffit. Le juge des tutelles sera néanmoins informé dans les plus brefs délais.
- Sur majeur en tutelle :
  - Il convient de saisir, pour avis, le juge des tutelles, par l'intermédiaire du tuteur.
- Sur majeur en curatelle :
  - L'étendue de la curatelle variant suivant la personne, il convient de solliciter l'avis du curateur avant d'effectuer tout acte de soin grave.

## 3.2.4 Etrangers – Admission

Les étrangers doivent, s'ils ne fournissent pas un justificatif de prise en charge, verser une provision correspondant à la durée prévue de leur hospitalisation.

Les patients issus d'un Etat membre de la Communauté Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français à condition de présenter l'imprimé obligatoire pour l'obtention de la prise en charge (formulaire E111 ou E112). L'âge de la majorité applicable aux étrangers hospitalisés en France est l'âge de la majorité française : dix-huit ans.

## 3.2.5 Malades tuberculeux – Admission et séjour

Comme pour les autres patients atteints de maladies transmissibles faisant partie de la liste fixée par le décret du 10 juin 1986, l'admission et le séjour des malades tuberculeux ont lieu dans les conditions prévues par le code de la Santé Publique. L'Agence Régionale de Santé est informée dans les meilleurs délais, sous forme de fiches de renseignements qui lui sont adressées par le médecin. La chambre du malade est désinfectée à sa sortie.

### 3.2.6 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Le Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit propose une offre médico-sociale au sein de 4 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : La Résidence Augusta Besson à Saint Paul Les Fonts, la Résidence Val de Cèze à Cornillon, la Résidence de la Blache à Pont Saint Esprit et 2 EHPAD situés sur le site de l'hôpital. Ils disposent d'un Règlement de fonctionnement en annexe 30.

## 3.3 CONDITIONS DE SEJOUR

### 3.3.1 Parcours du patient

L'établissement, labellisé hôpital de proximité, s'engage à optimiser le parcours de soins de sa prise en charge à sa sortie en proposant un projet de vie. Il s'agit d'assurer un maillage entre les professionnels de santé et médico-sociaux au travers d'une filière de soins. Pour cela, il est prévu un pilotage du parcours patient afin de coordonner les dimensions soignantes, mais aussi humaines et économiques. L'accompagnement et le conseil au patient et à sa famille témoignent de l'importance accordée à ce type de prise en charge.

Les missions générales de la trajectoire du patient s'articulent autour :

- Une coordination des flux internes avec les services de soins de référence de l'établissement.
- Un maintien de la qualité des soins.
- Une orientation communiquée au patient lors de sa sortie

Pour cela, l'établissement propose une interface réfléchie avec les équipes médicales et soignantes, ainsi qu'une coordination des informations du patient durant sa durée d'hospitalisation.

Le Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit est membre de la Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Vallis Bona et travaille dans ce cadre sur une coordination renforcée ville/hôpital. Une convention de partenariat HPR et CPTS précise les différents axes de collaboration.

Le Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit est membre du Groupement Hospitalier de Territoire « Cévennes Gard Camargue » et travaille sur la mise en place de filières graduées de prises en charge patient, le premier recours étant le Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze. Une convention de partenariat CHPSE et GHT précise les différents axes de collaboration.

La gestion du suivi de la disponibilité des lits, associée à l'étude des événements indésirables assure au patient une meilleure prise en charge tout au long de son parcours.

Les parcours patients sont identifiés et protocolisés.

A noter que l'Etablissement est particulièrement sensible à l'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite.

Des plans d'actions sont mis en œuvre afin de l'améliorer.

### 3.3.2 Information du malade sur les soins et sur son état de santé

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'établissement assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle,



leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Les droits des majeurs sous tutelle à l'information seront exercés par le tuteur.

Les patients doivent être informés par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

### **3.3.3 La personne de confiance**

A l'arrivée, chaque patient et chaque Résident peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche, le médecin traitant. Celle-ci n'a pas un pouvoir décisionnel mais elle est obligatoirement consultée en premier lieu, avant la famille, avant la réalisation de toute intervention, Elle peut être récusée ou être révoquée à tout moment. Elle ne peut obtenir la communication du dossier médical, sauf autorisation expresse du patient.

### **3.3.4 Information de la famille**

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

### **3.3.5 Discrétion demandée par le patient**

Le patient ou le Résident peut demander la non-divulgence de sa présence pour protéger sa vie privée, un patient peut demander que des précautions soient envisagées. Il convient alors de demander au patient, par l'intermédiaire du Médecin responsable de structure interne, de quelles personnes il accepte de recevoir la visite, s'il est nécessaire de prévenir quelqu'un, quelle réponse donner éventuellement à une demande d'information en provenance de journalistes. En cas de nécessité, il est possible de solliciter l'aide de la police pour protéger le malade ou le Résident des journalistes ou des curieux.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic ou évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins. Les renseignements courants sur l'état du malade ou d'un Résident peuvent être fournis par les cadres soignants aux membres de la famille sauf si le malade ou le Résident s'y oppose.

### **3.3.6 Modalités d'exercice du droit de visite**

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui se rendent au chevet d'un patient hospitalisé ou dans un secteur EHPAD aux heures de visite affichées à l'entrée de chaque service. Le Directeur ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères aux services, autres que les patients, les Résidents ou leurs proches ou des personnels. Dans certaines circonstances, la visite des jeunes enfants peut être déconseillée par le médecin ou le cadre.

Les patients ou les Résidents peuvent désigner au cadre soignant du service les personnes dont ils ne souhaitent pas avoir de visite.

Toute personne ou institution étrangère au service ne peut effectuer une visite d'un service ou du Centre Hospitalier sans l'autorisation préalable du Directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du ou des responsables de structures internes concernés.

Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants, n'ont pas accès auprès des malades ou des Résidents sauf accord de ceux-ci et des responsables de structures internes et après autorisation du Directeur.

Les notaires, qui ont la qualité d'officier public, n'ont pas à solliciter une quelconque autorisation de la part de l'administration pour se rendre auprès des malades ou des Résidents qui en ont fait la demande quel que soit l'état de santé de ces derniers. Par contre, le personnel hospitalier ne doit pas servir de témoin lors de la rédaction d'un acte au sein de l'établissement.

Les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte du Centre Hospitalier, sauf les chiens d'aveugles, qui peuvent accompagner leur maître lorsque celui-ci vient pour des soins, jusque dans le hall d'accueil.

### **3.3.7 Comportement des visiteurs**

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ou des Résidents ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, le raccompagnement hors de l'établissement et l'interdiction de visite pourront être décidés par le Directeur ou son représentant après avis du responsable de l'unité de soins. Ce raccompagnement pourra être réalisé par les forces de police.

Les visiteurs peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des malades pendant l'exécution des soins et examens. Les visiteurs (et les malades) ne doivent introduire dans l'établissement, en secteur sanitaire, ni boisson alcoolique, ni tabac, ni médicaments sauf accord du médecin pour ces derniers.

Le cadre soignant du service doit s'opposer, dans l'intérêt du malade ou du Résident, à la remise à celui-ci de denrées alimentaires ou de boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Ils ne doivent pas faire fonctionner d'appareils sonores.

Le nombre de visiteurs pourra être limité par décision du responsable de structure interne.

Les règles relatives à la sécurité des biens et des personnes figurent dans la partie 5 du présent règlement intérieur.

### **3.3.8 Horaires des visites**

Les visites aux hospitalisés ou aux Résidents ont lieu, tous les jours, entre 12h00 et 19h30. Cependant, les médecins responsables de structures internes peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service.

Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du malade ou du Résident le justifie, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite.

### **3.3.9 Horaires des repas – Repas aux accompagnants :**

Les horaires des repas sont les suivants :

- Petit déjeuner : 8h00
- Déjeuner 12h00
- Goûter 16h00
- Dîner 19h00

Les accompagnants peuvent bénéficier d'un repas au tarif déterminé annuellement. Le paiement s'effectue au service des admissions (ouverture du service : de 8h00 à 18h00 du lundi au vendredi).

Le ticket repas délivré doit être transmis impérativement aux services de soin avant 10 heures (pour le déjeuner) et avant 16 heures (pour le dîner).

### **3.3.10 Détermination des menus**

Les menus sont élaborés par cycle de cinq semaines et sont réajustés si besoin par le Service Diététique et le Chef de la Restauration, qui prennent en compte les retours faits par la commission des menus.

### **3.3.11 Déplacement et comportement des hospitalisés – désordres**

Les hospitalisés ainsi que les Résidents peuvent se déplacer dans la journée hors du service sur autorisation d'un membre du personnel soignant. Ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, toutes les personnes doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Le comportement ou les propos des personnes accueillies ne doivent pas être une gêne pour les autres ou pour le fonctionnement du service.

Lorsqu'un usager, dûment averti, cause des désordres persistants, le Directeur ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade ou du Résident dans les conditions évoquées précédemment. Au regard de l'état de santé de la personne mentale et physique, l'établissement se réserve le droit de porter plainte contre des agissements susceptibles de mettre en danger autrui.

### **3.3.12 Hygiène à l'hôpital**

Des solutions hydro-alcooliques sont à la disposition des soignants et des visiteurs dans le cadre de la lutte contre les infections. Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital ainsi que dans les Résidences, chacun est tenu de l'observer.

### **3.3.13 Effets personnels**

Les hospitalisés et les Résidents sont tenus d'apporter à l'hôpital :

- Leur nécessaire de toilette (brosses à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...)
- Leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...)

Sauf cas particuliers et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve ses vêtements et son linge personnels dont il doit assumer l'entretien.

Concernant le secteur médico-social, le linge des Résidents est entretenu par le Centre Hospitalier, sauf choix contraire de la famille.

A noter que les objets trouvés dans les locaux communs sont répertoriés sur un document tenu par le responsable du secteur bio nettoyage. Ils peuvent être réclamés auprès de lui.

### **3.3.14 Contrôle d'accès**

Afin de sécuriser et de faciliter les accès pour les personnes hospitalisées, les Résidents et les professionnels, les clés sont remplacées par un système de badges paramétrés en fonction des besoins et autorisations d'accès. Ce contrôle d'accès est déployé sur le site de Pont Saint Esprit. En fonction des besoins des personnes accueillies, le badge pourra être remplacé par un bracelet.

### **3.3.15 Interdiction de fumer et de vapoter**

En application de l'article L 3511-7 du Code de la Santé Publique, du décret n° 2006-1386 du 15 Novembre 2006 et de la circulaire DGAS/2006/528 du 12 Décembre 2006 ainsi que l'article 28 de la Loi de Santé du 26 janvier 2016, il est strictement interdit de fumer et de vapoter dans les locaux du Centre Hospitalier, ainsi que dans les EHPAD. Dans ces derniers établissements, bien que la chambre constitue un espace privatif, l'interdiction s'y s'applique également compte tenu de la distribution d'oxygène dans chacune d'elles.

L'interdiction s'applique à tous les professionnels médicaux et non médicaux, tous les usagers et tous les visiteurs de l'Etablissement. Elle concerne l'intégralité des locaux fermés et couverts.

Tout contrevenant s'expose à une amende. En cas de manquement à cette règle par un malade ou un visiteur, dûment averti, le Directeur ou son représentant, prend, avec l'accord du médecin responsable, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé.

### **3.3.16 Vaguemestre – Téléphone - Télévision**

Une boîte aux lettres est à la disposition des patients et Résidents à l'accueil du Centre Hospitalier.

Les patients et Résidents peuvent recevoir des appels dans leur chambre, chaque lit étant équipé d'un combiné téléphonique. S'ils souhaitent appeler leur correspondant à partir de leur chambre, un accès leur sera donné en faisant la demande aux services des Admissions.

La télévision est comprise dans le forfait « Chambre particulière » avec le téléphone et la Wifi. En aucun cas, les récepteurs de télévision ou de radio ou autres appareils sonores, ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

### **3.3.17 Service Social**

Un service social est à la disposition des hospitalisés, des Résidents et de leur famille :

- Pour les aider dans leurs démarches administratives,
- Pour les orienter vers divers organismes extérieurs,
- Pour organiser la sortie des malades
- Pour la recherche de maisons de repos, établissements spécialisés, structures d'hébergement.

Pour rencontrer une assistante sociale un rendez-vous est à solliciter auprès du cadre soignant.

### **3.3.18 Exercice du culte**

Les personnes hospitalisées ou les Résidents de l'EHPAD peuvent participer à l'exercice de leur culte. Les ministres des cultes des différentes confessions peuvent rendre visite aux hospitalisés qui en ont exprimé le désir auprès des cadres soignants ou du standard téléphonique.

### **3.3.19 Intervention de bénévoles**

L'Etablissement signe des conventions pour l'intervention d'associations de bénévoles auprès des patients et des Résidents, et, le cas échéant de leurs familles. Ces bénévoles s'engagent à respecter le présent règlement intérieur. Ils portent un badge permettant de connaître leur identité ainsi que l'association pour laquelle ils interviennent.

## **3.4 SORTIES**

### **3.4.1 Préparation de la sortie**

La sortie du patient d'hospitalisation permet de clore un séjour hospitalier. Pour son bon déroulement, elle doit être préparée le plus tôt possible. La sortie du patient est un acte de soin à part entière permettant la continuité de la prise en charge.

Un travail de réflexion sur la sortie du patient met en évidence les recommandations suivantes :

- Anticiper les besoins : Associer le patient et sa famille à la préparation de la sortie
- Vérifier l'organisation : Un système de contrôle et d'évaluation permet de vérifier l'organisation de la sortie.
- Communiquer efficacement : La communication avec les services médicaux-sociaux est indispensable et le rôle des assistantes sociales permet de créer du lien entre les établissements extérieurs, le patient et sa famille.
- Gérer les ressources : La gestion des ressources permet d'identifier les patients à risques et de proposer des solutions adaptées à la continuité de la prise en charge lors de la sortie du patient.

Il est prévu, au moyen des équipes d'éducation thérapeutique en place sur l'établissement, d'accompagner le patient après sa sortie.

La pertinence de la continuité de l'information médicale est mesurée dans le cadre du suivi de l'indicateur du courrier de sortie et est consultable par les indicateurs IPAQSS.

### **3.4.2 Autorisations de sortie**

#### **3.4.2.1 Permission de sortie**

Le directeur ou son représentant peut, sur avis favorable du médecin, autoriser les malades ou les Résidents, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, à bénéficier, à titre exceptionnel, de

permissions de sortie, soit de quelques heures sans découcher, soit d'une durée maximum de quarante-huit heures.

S'il s'agit d'un incapable majeur, le représentant légal devra venir le chercher ou indiquer quelle sera la personne autorisée à venir le chercher.

Dans des cas bien particuliers, comme la survenue d'une épidémie extérieure à l'établissement pouvant mettre en danger les personnes admises dans la structure, le Directeur de l'établissement ou son représentant pourra prendre la décision de suspendre temporairement les sorties provisoires. Une information préalable sera effectuée auprès des familles.

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

Concernant les Résidents de l'EHPAD, après avoir contacté la famille et sans réponse de sa part, un signalement est effectué auprès du Directeur d'astreinte qui décidera du niveau d'alerte à engager.

L'établissement a mis en place un système de permissions de sorties qui permet au patient ainsi qu'aux Résidents des EHPAD de bénéficier de sorties temporaires.

#### **3.4.2.2 Sortie normale**

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

S'il s'agit d'un incapable majeur, il ne peut sortir seul. Il doit impérativement être remis à la personne investie de sa tutelle.

Tout Résident de l'EHPAD peut solliciter une sortie qui sera organisée comme une sortie d'hospitalisation.

#### **3.4.3 Formalités de sortie**

En règle générale, la sortie des hospitalisés a lieu tous les jours. Cependant pour le bon fonctionnement des services et pour tenir compte de conditions particulières d'hospitalisation, des horaires différents peuvent être pratiqués.

L'hospitalisé doit se présenter à l'accueil de l'hôpital, ouvert de 8h00 à 18h00 du lundi au vendredi afin de régulariser son dossier, obtenir un bulletin de situation, et éventuellement régler son forfait journalier. Une ordonnance lui a été remise dans le service pour lui permettre de suivre son traitement.

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

La sortie d'un militaire est signalée au chef de corps, ou, à défaut, à la gendarmerie.

Toutes dispositions sont prises le cas échéant, sur proposition médicale, pour faciliter le transfert de l'hospitalisé dans un établissement adapté à son cas.

#### **3.4.4 Sortie contre avis médical**

A l'exception des incapables majeurs, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital. Si le médecin de service estime que la sortie est prématurée et présente un danger pour le malade, ce dernier n'est autorisé à quitter l'hôpital qu'après avoir rempli une lettre établissant qu'il a eu connaissance des dangers que cette sortie présente. Si le malade ne veut pas signer cette attestation, un procès-verbal, signé par deux agents, en prend acte. Un exemplaire du document est remis au patient, un autre est envoyé au médecin traitant et l'original est conservé dans le dossier médical.

#### **3.4.5 Sortie disciplinaire**

La sortie des malades peut également être prononcée par une mesure disciplinaire, hors le cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait.

#### **3.4.6 Sortie après refus de soins**

Lorsque les malades n'acceptent aucun des traitements, interventions ou soins proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, est prononcée par le directeur ou son représentant après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus peut être dressé, signé par deux agents.

#### **3.4.7 Sortie clandestine des malades (fugue)**

En cas de fugue, des recherches sont effectuées au sein de l'établissement. Si ces dernières restent vaines, la famille et le Directeur de garde sont prévenus.

Pour un malade majeur : si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie clandestine met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, si les recherches sont infructueuses dans l'établissement et auprès de la famille, la police est prévenue.

Dans tous les cas, si le malade ne revient pas à l'hôpital, le médecin doit rédiger une lettre adressée au patient, au médecin traitant (l'original étant conservé dans le dossier médical), rappelant l'état de santé du patient, les soins proposés et les risques encourus.

Pour un Résident d'EHPAD : la famille doit être immédiatement prévenue. Si le Résident n'est pas retrouvé suite aux recherches à proximité de l'établissement et au lien avec la famille, la police est alertée en vue d'effectuer les recherches nécessaires.

#### **3.4.8 Evaluation de la satisfaction des patients et Résidents**

Conformément à la réglementation, la satisfaction du patient est évaluée pour améliorer le service rendu aux usagers à la fin de leur séjour.

Ces enquêtes de satisfaction permettent de recueillir l'expérience des patients, de sorte qu'ils participent à l'identification des axes d'amélioration et de consolidation des bonnes pratiques, conjointement avec les professionnels.

La réalisation régulière d'enquêtes de satisfaction des patients constitue un indicateur de la qualité et la sécurité des soins.

L'évaluation de la satisfaction des patients s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des services offerts aux patients.

Un questionnaire de satisfaction est une enquête auprès des patients dont l'objectif est de mesurer la satisfaction du patient concernant son séjour au centre hospitalier et d'exprimer son ressenti sur son expérience.

Le remplissage du questionnaire de satisfaction est réalisé en autonomie par le patient qui peut le remettre au cadre du service ou le déposer dans une boîte aux lettres située au niveau des salles à manger des services Médecine-SSR et Ventoux-SSR. Le remplissage peut également s'effectuer avec l'accompagnement d'un auditeur du service Qualité.

Les réponses sont analysées par la direction qualité et permettent d'établir un état des lieux de la satisfaction patient, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Dans le cadre du dispositif national e-satis, les adresses mails des patients sont recueillies pendant leur séjour pour leur communiquer le questionnaire de satisfaction de l'HAS.

Concernant les personnes admises en EHPAD, des questionnaires sont proposés une fois par an sur chaque Résidence afin de recueillir les observations des Résidents. Des enquêtes ciblées (cuisine, blanchisserie...) sont régulièrement organisées.

Une procédure interne définit les modalités de recueil de la satisfaction du patient.

### 3.4.9 Transports sanitaires

- Patients hospitalisés : Si l'état de santé d'un patient le nécessite, un transport sanitaire peut être prescrit par le médecin à sa sortie définitive (ambulance, véhicule sanitaire léger, voire taxi). Le patient a le libre choix de l'entreprise de transport.
- Patients venus en consultation externe : Seuls les patients convoqués par un médecin hospitalier dans le cadre d'un suivi post-opératoire ou d'une maladie chronique et qui nécessitent un transport sanitaire peuvent faire l'objet d'une prescription médicale de transport par ce médecin hospitalier.
- Patients hospitalisés transférés vers un autre établissement sanitaire : Les transports au départ d'un service de soins vers un autre établissement pour une hospitalisation ou un examen est à la charge de l'établissement d'origine. Il est mobilisé par la production d'un certificat administratif engageant le paiement par l'hôpital. L'entreprise de transport est celle ayant signé un contrat avec l'établissement.
- Les transports depuis un EHPAD vers une structure MCO ou depuis une structure MCO vers un EHPAD demeurent facturables à l'Assurance Maladie.
- Personne sortante : Les transports liés à un retour définitif du patient à son domicile, entre l'établissement et le domicile du patient, n'entrent pas dans le champ d'application de cette mesure. Ils sont donc facturables à l'Assurance Maladie, dans les conditions de droit commun.

## 3.5 RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET MALADES

### 3.5.1 Conservation du dossier médical

La réglementation définit le contenu, les règles et le lieu de conservation des archives médicales, le personnel responsable ainsi que la durée de conservation de ces archives en fonction du contenu des dossiers médicaux.



La responsabilité de la bonne conservation des archives médicales incombe au Directeur. Les durées de conservation sont différenciées selon des critères détaillés dans le décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel.

Cette conservation est effectuée dans des locaux dédiés aux archives médicales de l'hôpital ou exceptionnellement dans l'unité de soins.

### **3.5.2 Communication du dossier médical**

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue par l'établissement, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou ont fait l'objet d'échanges écrits, notamment, des résultats d'examens, compte-rendu de consultations, d'interventions, d'explorations ou d'hospitalisations, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mises en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé.

Le malade peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne et en obtenir communication au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans. La présence d'une tierce personne lors de la communication de certaines informations peut être recommandée par le médecin.

La consultation sur place se déroule en présence d'un membre du personnel hospitalier. Les tarifs de délivrance de copie ont été arrêtés par décision du directeur. Lorsque le patient souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, le coût de l'envoi des documents.

Dans le cas d'une demande de consultation sur place, le demandeur est informé du dispositif d'accompagnement médical organisé par l'établissement. Lorsque la demande est imprécise ou qu'elle n'exprime quant aux modalités de communication des informations, le demandeur est informé des différentes modalités ouvertes et l'établissement lui indique celles qui seront utilisées à défaut de choix de sa part.

Lorsque la présence d'une tierce personne, lors de la consultation de certaines informations est recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, celles-ci sont communiquées dès que le demandeur a exprimé son acceptation ou son refus de suivre la recommandation. En cas d'absence de réponse du demandeur dans les délais réglementaires, les informations lui sont communiquées.

Les médecins conseils de la Sécurité Sociale ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales contenues dans les dossiers médicaux lorsque celles-ci sont nécessaires à l'exercice de leur mission. Le médecin ne fournit au médecin conseil que les documents strictement nécessaires pour mener à bien sa mission.

### **3.5.3 Envoi d'un dossier médical succinct**

Avec l'accord du malade, un dossier médical succinct doit être adressé au médecin de ville ou au médecin d'un établissement public qui en fait la demande (à l'exclusion d'un médecin de compagnie d'assurance, ou d'un médecin de contrôle). Ce dossier est constitué par un membre de l'équipe médicale hospitalière à partir du dossier médical complet conservé par l'établissement. Il peut faire l'objet d'un envoi par messagerie sécurisée.

### **3.5.4 Information du médecin traitant**

En cours d'hospitalisation, en fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation, le médecin responsable du malade communique le plus rapidement possible au médecin désigné par le malade ou sa famille et qui en a fait la demande écrite, toute information relative à l'état du malade.

A la sortie du malade, et sous réserve de l'accord de celui-ci, le médecin responsable adresse au médecin désigné par le malade ou sa famille, par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre, et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.

### **3.5.5 Gestion des plaintes et réclamations**

Les plaintes et réclamations sont reçues au secrétariat de Direction. Elles font l'objet d'une réponse d'enregistrement immédiate suivie d'une réponse circonstanciée à réception des éléments d'explication des services concernés. Un rendez-vous avec un médecin médiateur ou le médiateur non médecin est systématiquement proposé et organisé à la demande du patient, du Résident ou de sa famille. Un registre ad hoc est tenu par le secrétariat de Direction.

Le cas échéant, une fiche d'événement indésirable peut-être rédigée par le Directeur Adjoint chargé des Relations avec les Usagers, Président de la Commission des Relations avec les Usagers. Il est convenu que les médiateurs parlent et écrivent au nom de cette commission notamment dans les recommandations pour apporter une solution aux litiges. Les avis de la commission sont communiqués aux plaignants sur demande expresse.

Une demande en indemnisation peut également être directement présentée à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Elle doit être accompagnée des documents prévus par l'arrêté du 4/03/03 (certificat médical, tout document de preuve, coordonnées des tiers payeurs...).

Cette Commission a pour objectif de permettre une indemnisation rapide des victimes et d'éviter le recours aux tribunaux quand cela est possible. La Commission est compétente pour des dommages supérieurs à un seuil de gravité (dommage supérieur à 24 % d'incapacité permanente partielle (IPP) ou incapacité de travail au moins égale à 6 mois consécutifs ou non, sur une période de 12 mois).

La Commission nationale formulera, notamment au vu de l'analyse des avis rendus par les Commissions Régionales, des propositions visant à une application homogène du dispositif de réparation des conséquences des risques sanitaires.

## **3.6 FIN DE VIE ET LE DECES**

### **3.6.1 Fin de vie**

#### **3.6.1.1 Soins palliatifs**

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte de maladie grave évolutive ou terminale.

Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches.

Missions :

- Prévenir, évaluer, traiter la douleur et les symptômes difficiles,
- Permettre au patient d'être soigné selon ses désirs et ses projets,
- Apporter écoute et soutien au patient et à sa famille,
- Conseiller, soutenir et aider les soignants à bâtir un projet de soins cohérent et respectueux de la dignité de la personne,
- Assurer la coordination entre les différentes équipes et professionnels intervenant auprès du patient,
- Proposer un soutien aux personnes en deuil.

Le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit détient une autorisation de 6 lits dédiés à des soins palliatifs. Il est adhérent au réseau de soins palliatifs au sein de laquelle intervient l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze.

### 3.6.1.2 Directives anticipées

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionné ou la prolongation artificielle de la vie.

Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

### 3.6.1.3 Associations bénévoles

Des associations bénévoles sont autorisées par convention avec l'établissement à accompagner les patients, les Résidents et leurs familles.

Les professionnels de santé facilitent leurs interventions au sein des services, dans le respect de la volonté des personnes.

Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

## 3.6.2 Constat du décès

Le décès est constaté par un médecin ou un interne thésé. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des admissions qui enregistre le décès sur un registre spécifique. La déclaration doit être faite dans les 24 heures à la mairie du lieu du décès (service de l'Etat Civil).

Au sein des EHPAD, les week-end et jours fériés, en cas de décès, c'est le médecin de permanence de ville qui est contacté pour signer le certificat de décès.

## 3.6.3 Notification du décès

La famille ou les proches doivent être avisés, avec toute la diligence et les ménagements requis par le personnel médical de préférence, dès que possible et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de l'état du malade ou du Résident et du décès de celui-ci.

La notification du décès est faite :

- Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche
- Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente
- En cas de mesure de protection, au tuteur.

### **3.6.4 Indices de mort violente ou suspecte**

Dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé ou d'un Résident, le directeur, prévenu par le médecin responsable de structure interne, avise l'autorité judiciaire pour que soit dressé un procès-verbal par un officier de police assisté d'un médecin.

### **3.6.5 Toilette mortuaire et inventaire après décès**

Lorsque le décès a été immédiatement constaté, le personnel soignant procède à la toilette et à l'habillage du défunt avec toutes les précautions d'usage et dresse l'inventaire des objets de valeur (bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc...) qu'il possédait. Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin. L'inventaire est signé par le cadre soignant ou l'infirmier et le témoin ou un autre agent, puis remis avec les objets qui y figurent à l'agent chargé du bureau des entrées. Aucun de ces objets, à l'exception des vêtements et accessoires, ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droits du malade ou à ses amis. Les espèces, valeurs et bijoux, ainsi que les objets personnels sensibles sont immédiatement remis au régisseur de l'établissement ou déposés dans le coffre de transfert.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et tout objet appartenant au défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil et par l'article L.709 du Code de la Santé Publique.

Les sociétés locales de pompes funèbres sont contactées, dans le respect du libre choix des familles, en vue de transférer le corps hors de l'établissement conformément aux autorisations exigées par les lois et règlements.

Les familles peuvent demander à l'accueil de l'hôpital la présentation du corps du défunt laissé en chambre avant son transfert.

### **3.6.6 Mesures de police sanitaire**

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droits qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

### **3.6.7 Transport de corps à résidence sans mise en bière**

Le transport, sans mise en bière, du corps d'une personne décédée à l'hôpital vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille doit faire l'objet d'une déclaration préalable écrite auprès du maire de la commune de Pont-Saint-Esprit, par l'entreprise de pompes funèbres.

Les opérations concernées par les déclarations préalables sont les soins de conservation, le transport de corps avant mise en bière, le transport de corps après mise en bière en France, le moulage.

Exceptionnellement, le transport peut être effectué sur réquisition des autorités de police ou de gendarmerie (Code des Communes article R.361-39).

L'autorisation du maire est obligatoire pour la fermeture du cercueil au Centre Hospitalier.

Elle est subordonnée :

- À la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile
- À la reconnaissance préalable du corps par ladite personne
- À l'accord écrit du directeur ou de son représentant
- À l'accord écrit du médecin responsable de structure interne (ou de son représentant) attestant, le cas échéant, de la récupération de toute prothèse fonctionnant à pile au cas où la crémation est envisagée (Code des Communes article R.363-16)
- À l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78 à 80 du Code Civil (déclaration du décès auprès d'un officier d'Etat Civil).

Les certificats d'agrément de l'entreprise et du véhicule de transport doivent être vérifiés ainsi que le certificat de conformité du compartiment funéraire (arrêté du 1er juin 1989, article 17).

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

- Le décès soulève un problème médico-légal
- L'état du corps ne permet pas un tel transport
- Le défunt était atteint, au moment du décès, de l'une des maladies contagieuses fixées par l'arrêté du 20 juillet 1998.

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 et la famille.

Si la commune du lieu de décès n'est pas celle où le corps doit être transporté, une déclaration préalable au transport de corps avant mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

Le transport à résidence doit être effectué et terminé dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès sans obligation de soins de conservation.

### **3.6.8 Transfert de corps en chambre funéraire sans mise en bière**

Le transport en chambre funéraire doit intervenir dans un délai maximum de 48 heures à compter du décès sans obligation de soins de conservation. Ce transport ne peut être effectué que sur production d'un certificat médical constatant que le défunt n'est pas atteint d'une des maladies contagieuses dont la liste est fixée par arrêté.

L'admission a lieu sur demande écrite :

- Soit de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et qui justifie de son état civil et de son domicile
- Soit de toute personne chez qui le décès a eu lieu, à condition qu'elle atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles
- Soit du Directeur de l'établissement.

Si le corps doit être transporté dans une chambre funéraire hors de la commune où est survenu le décès, une déclaration préalable au transport de corps avant mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

### **3.6.9 Transport de corps après mise en bière**

Avant son inhumation ou sa crémation le corps d'une personne décédée doit être mis en bière. Si cette personne était porteuse d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin fait procéder à la

récupération de l'appareil avant mise en bière. Le transport de corps après mise en bière ne peut être effectué que par un service ou une entreprise agréés. La personne qui pourvoit aux funérailles a le libre choix de l'entreprise. Une déclaration préalable de transport de corps après mise en bière doit être réalisée par l'entreprise de pompes funèbres à la mairie de départ et à la mairie d'arrivée.

### **3.6.10 Autopsie - Inhumation**

#### **3.6.10.1 Autopsie**

Les autopsies ne sont pas pratiquées au Centre Hospitalier de Pont-Saint-Espirit. Si le cas se présente, le corps du défunt est transporté dans un Institut Médico-Légal.

#### **3.6.10.2 Don de corps à la science**

Les modalités de don de corps à la science sont précisées par une procédure interne. Le cadre ou le Directeur de garde sont chargés de leur bonne application.

## **4 DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

### **4.1 OBLIGATIONS**

#### **4.1.1 Continuité du service**

Les agents, quelle que soit leur fonction, sont tenus de se conformer aux horaires qui leur sont indiqués dans le planning ou le tableau de leur service, de manière à assurer la continuité du service public hospitalier.

Le personnel ne peut se soustraire à l'exécution d'un travail supplémentaire ou à une modification d'horaire, si les nécessités de service l'imposent, dans le respect de la réglementation relative au temps de travail.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum. Le Directeur a le droit d'assigner au service des agents jusqu'à atteindre l'effectif indispensable au fonctionnement minimum du service, préalablement défini dans le planning type. Les agents désignés sont tenus de se conformer à cette assignation.

La continuité du service en cas de grève est organisée dans le cadre d'une procédure définissant un effectif minimum, soumise pour avis au Comité Social d'Etablissement.

#### **4.1.2 Assiduité et ponctualité**

Dans les services de soins, il est impératif de prendre ses fonctions à l'heure prévue et de ne pas quitter le service que lorsque la relève est présente, la prise en charge des malades devant être assurée de façon continue.

Durant le temps de travail, l'agent qui doit s'absenter, pour des événements familiaux notamment, sollicite une autorisation d'absence auprès de son responsable de service qui, si la nécessité du fonctionnement du service le permet, l'accorde et le signale à la Direction des Ressources Humaines. En l'absence de cette autorisation, l'agent sera considéré en situation d'absence irrégulière.

En cas d'impossibilité de prendre son travail comme prévu au tableau de service, l'agent doit, au plus tôt, avertir le responsable de service (durant les week-ends, l'agent doit prévenir le cadre de santé de permanence) et remettre les justificatifs à la Direction des Ressources Humaines dans un délai de 48 heures. A défaut, l'agent peut être considéré en absence injustifiée.

Avant de prendre un congé annuel, un congé exceptionnel ou une récupération, l'agent doit impérativement solliciter une autorisation de l'employeur.

#### **4.1.3 Devoir d'obéissance - Exécution des ordres reçus**

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

En cas d'empêchement de l'agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, un autre agent ayant reçu d'une autorité responsable l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y dérober pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. L'application de cette disposition ne peut naturellement faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives, ni être en contradiction avec le paragraphe précédent.

#### **4.1.4 Diffusion d'informations concernant les incidents**

Tout agent qui aurait pris connaissance, dans l'exercice de ses fonctions, d'un incident ou d'un dysfonctionnement de nature à compromettre la bonne exécution des missions du service public hospitalier, doit en informer sans délai son supérieur hiérarchique et/ou toute personne compétente afin de le résoudre, dans le respect des procédures en vigueur dans l'établissement, notamment en matière de signalement d'évènements indésirables.

Les agents ont la possibilité d'informer la formation spécialisée du CSE des incidents ou accidents. La formation spécialisée du CSE est réunie à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

#### **4.1.5 Conservation en bon état des locaux, matériels et effets**

Le personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, matériels, effets et objets de toute nature mis à disposition par le Centre Hospitalier. Il peut être exigé un remboursement et/ou une sanction disciplinaire en cas de dégradation volontaire ou de négligence caractérisée.

#### **4.1.6 Interdiction des comportements vénaux dans le cadre de l'exercice professionnel**

Le service rendu au malade et à ses proches relève de la mission du service public hospitalier. Le personnel ne saurait avoir ni intention, ni entreprendre aucune manœuvre auprès du patient, du Résident et de sa famille, qui aboutirait à lui procurer un gain ou un quelconque avantage. En cas contraire, il serait passible de sanction disciplinaire et/ou pénale.

Le personnel du Centre Hospitalier n'est pas davantage autorisé à accepter des pourboires en rémunération des services rendus au patient.

#### 4.1.7 Interdiction d'exercer une activité privée à but lucratif

Conformément au décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires et des agents non titulaires de droit public, il existe 3 formes de cumul possibles :

1. Le cumul d'activités à titre accessoire : expertise, enseignement et formation, activité agricole, travaux urgents de sauvetage, travaux ménagers peu importants chez un particulier, aide à domicile d'un proche, conjoint collaborateur, mission d'intérêt général.  
L'exercice de cette activité à titre accessoire est subordonné à la délivrance d'une autorisation par l'autorité dont relève l'agent au titre de son activité principale.
2. Le cumul d'activité au titre de la création, de la reprise et de la poursuite d'activités au sein d'une entreprise : L'agent qui souhaite créer ou reprendre une entreprise quelle qu'en soit la forme juridique doit en faire la demande écrite au moins deux mois avant à l'autorité compétente qui saisit pour avis la commission de déontologie chargée de contrôler la compatibilité des projets.  
Cette activité peut être exercée pour une durée maximale de 1 an renouvelable une fois et peut être interrompue à tout moment sur demande de l'employeur.
3. Cumul d'activités applicable à certains agents à temps non complet : les agents contractuels de droit public à temps non complet peuvent exercer une activité privée lucrative dans des conditions compatibles avec leurs obligations de service et sous réserve de l'accord de l'autorité. Celle-ci peut à tout moment s'opposer à la poursuite de l'exercice de cette activité privée. La durée totale de travail ne pourra pas excéder un emploi à temps complet.

#### 4.1.8 Identification du personnel

Une identification du personnel est instituée sur les tenues professionnelles pour le personnel soignant, selon les informations nominatives établies par la Direction des Ressources Humaines. Il convient que tout agent respecte ce principe d'identification.

#### 4.1.9 Tenue vestimentaire de travail

Lorsque le personnel est concerné par une tenue vestimentaire réglementaire, il lui est fait obligation de la porter durant le service et de la quitter hors des heures de service. Il en est de même pour les chaussures. Le port de cette tenue au self et en dehors de l'enceinte de l'établissement, n'est pas admis.

Chaque agent est responsable des tenues qui lui sont remises lors de son recrutement et les restitue à son départ.

La tenue vestimentaire doit donc être portée pendant toute la durée du service. Pour des raisons d'hygiène, les tenues sales doivent être déposées dans les sacs de linge sale du service prévus à cet effet, afin qu'elles soient acheminées et traitées par la blanchisserie de l'établissement. Il est strictement interdit d'amener les tenues chez soi.

#### 4.1.10 Tenue et comportement correct exigés

Une tenue irréprochable dans l'habillement, comme dans le langage, est exigée de l'ensemble du personnel. Il est recommandé de privilégier le vouvoiement des adultes sauf s'il génère une perte de repères. Le tutoiement peut résulter de la demande de l'usager, une fois validée par l'encadrement. La familiarité à l'égard des malades et des Résidents est formellement proscrite.



En application du principe de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics, il est interdit au personnel, dans l'exercice de ses fonctions, de manifester son appartenance à une religion quelle qu'elle soit, notamment par une extériorisation vestimentaire.

#### **4.1.11 Lutte contre le bruit**

Chaque membre du personnel doit contribuer, par son comportement, à lutter contre le bruit, en particulier la nuit, dans les services de soins. L'agitation, les éclats de voix, l'utilisation de chaussures bruyantes, la fermeture intempestive des portes doivent être évités, pour préserver la tranquillité due aux patients et aux Résidents.

#### **4.1.12 Dispositions relatives au tabac, à l'alcool et aux stupéfiants sur les lieux de travail**

Le personnel n'est pas autorisé à fumer dans les locaux de l'établissement.

Le personnel ne doit pas introduire, ni consommer de boissons alcoolisées ou de stupéfiants dans l'enceinte de l'hôpital. Il est interdit à tout responsable hiérarchique, de laisser introduire et de laisser distribuer des boissons alcoolisées ou des stupéfiants.

Tout professionnel, quel que soit son métier ou son grade, en état apparent d'ébriété ou sous l'emprise de drogue sera retiré de son poste de travail et fera l'objet d'un contrôle conformément à la procédure « Dispositions relatives aux conduites addictives sur le lieu de travail ».

En cas de manquement à cette règle, la Direction se réserve le droit d'engager toute procédure à l'encontre du professionnel concerné.

#### **4.1.13 Relations avec les usagers**

Pendant le service, le personnel ne doit tenir, en présence des patients des Résidents ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat de sécurité, de calme et de sérénité indispensable à la vie en milieu hospitalier. Le personnel s'efforcera d'assurer aux patients dont il a la charge le maximum de confort physique et moral.

#### **4.1.14 Relations avec les proches**

Les familles seront accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances. Dans le cas où les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (ambulances, pompes funèbres), leur libre choix doit être respecté.

#### **4.1.15 Secret professionnel**

L'ensemble du personnel hospitalier est tenu au secret professionnel : il est interdit à toute personne qui en est dépositaire de dévoiler en dehors du service et de l'hôpital, toute information concernant le patient, le Résident, sa vie privée, son traitement sous peine de sanctions administratives et pénales.

Cependant, le Directeur ou son représentant peut délier 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 dossier dans les conditions fixées par la loi.

En l'absence d'opposition des malades, 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 malade peuvent être donnés par les cadres soignants.

Toute communication à des personnes étrangères à l'établissement, et notamment à des journalistes, agents d'assurance ou démarcheurs, est rigoureusement interdite.

#### **4.1.16 Obligation de discrétion professionnelle**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, les informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent.

Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, photographes, agents d'assurance et démarcheurs.

#### **4.1.17 Utilisation de l'outil informatique**

Une charte d'utilisation des ressources informatiques définit les règles d'utilisation des moyens informatiques mis à disposition du personnel du Centre Hospitalier (**annexe 23**).

#### **4.1.18 Utilisation du téléphone portable personnel**

L'usage du téléphone portable à titre privé doit être strictement réservé aux urgences. Cet usage exceptionnel n'est autorisé que dans lieux affectés au repos, notamment pour les personnels en contact avec les patients ou les Résidents.

#### **4.1.19 Obligation de formation continue à la sécurité incendie**

L'ensemble des personnels du Centre Hospitalier, en service de jour ou de nuit, a l'obligation de suivre annuellement les formations à la sécurité incendie organisées par l'établissement. L'encadrement est chargé de veiller au respect de cette obligation et de contribuer à sa mise en œuvre par une planification régulière des agents, en concertation avec le service de formation continue.

#### **4.1.20 Interdiction des réunions publiques au Centre Hospitalier**

Les réunions publiques sont interdites au Centre Hospitalier, sauf autorisation expresse du Directeur ou de son représentant.

## **4.2 ORGANISATION ET AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL**

L'essentiel de la réglementation, sous l'influence des directives européennes sur le temps de travail, provient des décrets n° 2002-8 et n° 2002-9 du 4 janvier 2002.

### 4.2.1 Durée annuelle

La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine.

La durée légale de travail effectif dans un établissement public hospitalier est fixée à 1 607 heures par an ou 35 heures en moyenne par semaine, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.

Cette durée est réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques :

- ✓ Les agents en repos variable travaillant de 10 à 19 dimanches et jours fériés  
Pour les agents en repos variable travaillant au moins 10 à 19 dimanches et jours fériés la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures, hors jours de congés supplémentaires sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.
- ✓ Les agents en repos variable travaillant au moins 20 dimanches et jours fériés  
Pour les agents en repos variable travaillant au moins 20 dimanches et jours fériés la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 568 heures car ils bénéficient de deux jours de repos de sujétion, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.
- ✓ Les agents travaillant exclusivement de nuit  
Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures, hors jours de congés supplémentaires.
- ✓ Pour les agents qui alternent des horaires de jour et des horaires de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite au prorata des périodes de travail de nuit effectuées.

### 4.2.2 Durée quotidienne

La durée de la journée est fixée, en règle générale sur l'établissement, à :

De 7h00 à 7h30 pour les personnels de jour en fonction des besoins de service.

Le temps de repas n'est pas du travail effectif exceptés pour les personnels de soins (IDE, aide-soignant). Pour les autres professionnels le temps de repas est décompté du temps de travail.

Le temps pause le temps d'habillage est forfaitisé avec le temps de repas soit 30 minutes (20 minutes de repas, 10 minutes d'habillage et de déshabillage) pour les personnels en horaires continus.

Le temps d'habillage et de déshabillage est compris dans le temps de travail pour les personnels, dont le port d'une tenue est obligatoire.

Dans certains services, des horaires dérogatoires pour un temps plein sont mis en place : postes en 10h0, postes en 12 heures.

Ces horaires font l'objet de projets collectifs conduits par les équipes dans le cadre d'une démarche de management participatif mis en place en décembre 2022.

### 4.2.3 Le suivi du temps de travail au Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit

Le décompte du temps de travail au Centre hospitalier de Pont Esprit est géré informatiquement sur le logiciel ELAP (ex Médiane).

Chaque agent a un planning individuel paramétré en fonction de son temps de travail, de son service d'affectation et de la réglementation en vigueur.

Le service des ressources humaines a la responsabilité de la saisie des règles de gestion, de la mise à jour des absences. Il apporte une aide et un appui aux cadres de service.

Le cadre du service a la responsabilité de l'élaboration et du suivi du planning des agents de son service (définition d'un roulement, positionnement des codes de travail et divers repos autorisés en fonctions des droits ouverts des agents, suivi des soldes courants, vérifications des temps de travail respectés etc.).

#### 4.2.4 Les heures supplémentaires

Les heures supplémentaires doivent être récupérées dans l'année, sauf exception.

Le choix est laissé à l'agent quant à la programmation dans le mois qui suit de la récupération de ces heures sous réserve des nécessités de service.

Des modalités spécifiques peuvent être mises en œuvre sur les métiers en tension identifiés au sein de l'établissement.

Ce dispositif est soumis chaque année à l'avis du CSE.

Un guide de gestion du temps de travail (en **annexe 29**) validé par le CTE précise les modalités de gestion du temps, des congés et autorisations d'absence.

#### 4.2.5 Les astreintes (non médicales)

Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement.

La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif.

Le chef d'établissement établit, après avis du comité technique d'établissement ou comité technique, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu, compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels.

Un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois.

La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours.

Les agents assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement, pendant toute la durée de cette astreinte. Ils doivent pouvoir intervenir dans un délai qui ne peut être supérieur à celui qui leur est habituellement nécessaire pour se rendre sur le lieu d'intervention.

Sur Pont Saint Esprit et ses résidences, les astreintes suivantes sont mises en place

Services	Période
Services techniques	Du lundi au jeudi de 17h00 à 8h00
	Du vendredi 17h00 au lundi 8h00
Membres de l'équipe de direction	Du lundi 17h00 au jeudi 8h00

	En seconde ligne de l'encadrement du vendredi 17h00 au lundi 8h00
Encadrement	Du vendredi 17h00 au lundi 8h00 Ou jour férié

Le temps passé en astreinte donne lieu à récupération et / ou à indemnisation.

Des tableaux nominatifs sont établis chaque mois par la directrice du Centre hospitalier et portés à la connaissance des professionnels de l'établissement sur chaque poste informatique.

### 4.3 GESTION DES TEMPS SYNDICAUX

L'article 8 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires définit le droit syndical « Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Ces organisations peuvent se pourvoir devant les juridictions compétentes contre les actes réglementaires concernant le statut des personnels et contre les décisions individuelles portant atteinte aux intérêts collectifs des fonctionnaires ».

#### **Les autorisations spéciales d'absence « article 13 »**

Il s'agit des autorisations spéciales d'absence accordées sous réserve des nécessités de service, aux représentants des organisations syndicales mandatés pour assister aux congrès syndicaux ainsi qu'aux réunions des organismes directeurs dont ils sont membres élus.

#### **Les autorisations spéciales d'absence « article 15 »**

Il s'agit des heures dédiées pour participer aux groupes de travail et négociations convoqués par l'administration, aux différentes instances de l'établissement à laquelle sont convoqués les élus, et aussi les instances interne à la fonction publique. Du temps est également prévu pour permettre la préparation et le compte rendu de la réunion

#### **Le crédit temps syndical « article 16 »**

Temps dont dispose les syndicats pour les besoins de leur activité syndicale et pour les contacts informels avec l'administration et les agents. Il est déterminé pour chaque syndicat en fonction des sièges et des voix au obtenus au CSE.

Suite aux élections professionnelles du 8 décembre 2022 les crédits d'heures sont ainsi répartis conformément à la réglementation en vigueur :

- ✓ Syndicat CGT : 1739 heures annuelles,
- ✓ Syndicat FO : 1040 heures annuelles.

**Annexe 33** : protocole d'accord sur le temps syndical

### 4.4 GESTION DU COMPTE EPARGNE TEMPS

Le compte épargne-temps (CET) permet de conserver les jours de congés ou de RTT non pris sur plusieurs années. Les jours épargnés peuvent être, en tout ou partie, utilisés sous forme de congés, indemnisés ou pris en compte pour la retraite complémentaire.

Il est ouvert à la demande de l'agent ; les choix quant à son utilisation doivent être formulés avant le 31 décembre de l'année par courrier adressé à la Direction des Ressources Humaines.

Les jours épargnés sont inscrits sur le bulletin de paye de l'agent concerné.

Une note d'information rappelle chaque année aux agents la procédure à suivre.

## **4.5 DIVERS**

### **4.5.1 Livret d'accueil**

Un livret d'accueil est remis aux agents au moment de leur recrutement. Il existe également un livret d'accueil du stagiaire.

La direction des ressources humaines est responsable de leur mise à jour.

### **4.5.2 Consultation du dossier administratif**

Tout agent qui le souhaite, peut prendre connaissance de son dossier administratif. Il en formule la demande par écrit, auprès du Directeur des Ressources Humaines, qui fixe une date pour la consultation. Il peut obtenir une copie de tout ou partie des documents versés à son dossier.

### **4.5.3 Effets et biens personnels, responsabilité**

Chaque agent est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, perte ou dégradation de valeurs, argent ou objets divers ne pourra faire l'objet d'une mise en cause de la responsabilité de l'établissement.

L'établissement met à la disposition du personnel pour lequel le port d'une tenue vestimentaire est obligatoire, un casier individuel (cadenas non fourni). A son départ (temporaire ou définitif), l'agent doit vider son casier et le remet à la disposition de l'administration. A défaut, cette dernière pourra faire ouvrir le casier par le service technique en présence d'un cadre de direction ou de l'administrateur de garde.

### **4.5.4 Restaurant du personnel**

Un restaurant du personnel est ouvert les jours ouvrés de 12h00 à 13h30. Les tenues professionnelles ne sont pas autorisées dans cette enceinte. Le prix des prestations fournies est fixé chaque année et affiché.

## 5 REGLES DE SECURITE, DE STATIONNEMENT ET DE CIRCULATION DANS LE CENTRE HOSPITALIER

### 5.1 OBLIGATIONS GENERALES

Le service public est soumis à une obligation générale de neutralité et de laïcité. L'ensemble des personnels et des visiteurs est soumis à cette obligation.

L'établissement a désigné un référent laïcité. Il a pour missions d'apporter tout conseil utile au respect du principe de laïcité à tout fonctionnaire ou chef de service qui le consulte, de sensibiliser les agents publics à la laïcité, et d'organiser une journée de la laïcité le 9 décembre de chaque année.

Les principes de neutralité sont rappelés dans le livret d'accueil des professionnels et des stagiaires.

### 5.2 SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS

L'Etablissement ainsi que ses Résidences pour Personnes Agées sont équipés d'un système de vidéosurveillance agréé par la Préfecture. Les images enregistrées sont conservées 30 jours.

Par ailleurs, un protocole de partenariat est signé entre le Centre Hospitalier et le commissariat. Il a pour objectif d'améliorer la sécurité dans l'enceinte et aux abords du Centre Hospitalier.

Le personnel technique est formé au risque incendie. Les agents sont titulaires du diplôme SSIAP 1. Le responsable incendie est quant à lui titulaire du diplôme SSIAP 3. Il assure les formations du personnel au risque feu sur l'ensemble des établissements.

#### 5.2.1 Sécurité Générale

##### 5.2.1.1 Accès à l'hôpital

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions, par leurs nécessités de soins, et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé ou rendent visite à un Résident aux heures de visite.

La seule issue du Centre Hospitalier libres d'accès à toute personne est l'entrée par le hall d'accueil.

Toutes les autres issues sont sur contrôle d'accès par badge magnétique dont chaque agent hospitalier est détenteur. Cela lui permet, en fonction de ses activités, d'entrer dans l'établissement par un accès déterminé et d'accéder aux autorisés en fonction de son affectation au sein de l'établissement.

Au recrutement, ce badge d'accès est délivré gratuitement à l'ensemble du personnel.

##### 5.2.1.2 Les produits illicites

La détention illicite de produits stupéfiants est une infraction pénale punie et réprimée par l'article 222-57 du code pénal. L'introduction de produits stupéfiants dans l'enceinte des différents sites du Centre Hospitalier est strictement interdite. Toute découverte de stupéfiants fera l'objet d'une remise aux autorités compétentes

(police, gendarmerie) sans que l'identité du patient, du Résident ou du professionnel qui les détient ne soit révélée.

L'introduction d'armes à feu ou d'armes blanches est strictement interdite dans l'enceinte de l'établissement (*Code de la santé publique*)

### 5.2.1.3 Le calme

Cette question est traitée au chapitre 3 sous partie 3.3.7.

### 5.2.1.4 Sécurité technique

- La gestion et la maintenance des installations techniques sont assurées par les services techniques.

Les installations nécessitant des compétences techniques particulières sont déléguées, par contrats, à des entreprises qualifiées ou agréées (ascenseur et monte malade, détection incendie, etc ...). Les services techniques vérifient dans ce cas que les maintenances et interventions prévues au contrat soient bien effectuées. En dehors des heures ouvrables, la continuité du service est assurée par un agent d'astreinte technique joignable sur un téléphone portable. Des formations sont systématiquement organisées lors de l'installation de matériels nouveaux et chaque fois que nécessaire pour les installations sensibles ou indispensables à la sécurité (groupes électrogènes, chaudières, détection incendie, etc ...). Il est interdit d'utiliser un matériel électrique personnel sans autorisation des services techniques.

- L'ensemble des matériels concourant à la sécurité générale de l'établissement est vérifié suivant une périodicité et des modalités définies dans le plan de maintenance des installations techniques.
- Le registre de sécurité incendie est à la disposition des autorités compétentes dans le bureau du responsable incendie.

Dans ce registre et ses annexes sont consignés, enregistrés ou répertoriés :

- Les visites de la Commission Locale de Sécurité
- La formation et instruction du personnel
- Les moyens d'intervention
- Les systèmes d'alarme et de détection
- Les vérifications des moyens d'intervention
- Les visites des contrôles annuels obligatoires réalisées par des organismes agréés
- Les autorisations de feu etc...

## 5.3 VOIES DE CIRCULATION, REGLES DE CIRCULATION ET STATIONNEMENT

### 5.3.1 Application du code de la route

Les voies de desserte établies dans l'enceinte de l'hôpital de Pont-Saint-Esprit constituent des dépendances du domaine public de l'établissement. A ce titre, elles sont strictement réservées à la circulation du personnel et des usagers du Service Public Hospitalier.

Une voie est exclusivement réservée aux pompiers.

Les dispositions du code de la route, matérialisées par une signalisation adéquate sont applicables dans l'enceinte de l'hôpital. La vitesse est limitée à 20 km/heure. Les conducteurs de véhicules sont tenus d'éviter les comportements générateurs de bruits.



### **5.3.2 Le stationnement**

Le stationnement dans l'enceinte de l'hôpital est interdit en dehors des emplacements matérialisés. Des aires de stationnement sont en outre réservées à certains personnels, ainsi qu'aux personnes qui, de par leur qualité, sont amenées à fréquenter régulièrement l'établissement. Il existe également des emplacements matérialisés par un logo (couleur bleue) réservés aux personnes à mobilité réduite.

Les stationnements « gênants » feront l'objet d'un avertissement sur le pare-brise apposé par les services intérieurs qui relèvera le numéro de la plaque d'immatriculation, la marque, le modèle, la couleur et lieu de stationnement.

Les stationnements « bloquants » feront directement l'objet d'un recours aux forces de l'ordre.

### **5.3.3 La responsabilité**

L'autorisation de circuler et de stationner est une simple tolérance de l'établissement. Elle ne saurait en rien engager la responsabilité du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, notamment en cas d'accident de la circulation, de vol de véhicule ou d'accessoires, ou de dégradations.

### **5.3.4 Les sanctions**

La Direction du Centre Hospitalier se réserve le droit de faire appel aux forces de police ou à la fourrière, pour faire déplacer, sans mise en demeure préalable, les véhicules dont le stationnement entraverait gravement la circulation, mettrait en péril la sécurité des personnes ou des biens et, de manière générale, compromettrait le fonctionnement du Service Public Hospitalier, ainsi que tout véhicule abandonné ou à l'état d'épave.

Sous la responsabilité du Directeur, le responsable du service intérieur et les agents techniques sont chargés de veiller au respect des prescriptions énoncées ci-dessus. Le refus opposé par toute personne à leurs injonctions est susceptible d'entraîner des poursuites.

## **6 DISPOSITIONS DIVERSES**

---

### **6.1 APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur est soumis à délibération du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier, après avis du Comité Social d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

### **6.2 MISE A DISPOSITION DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne, qui peut en prendre connaissance auprès de la Direction. Un exemplaire est déposé au Service d'Accueil à destination des patients, des Résidents et de leur famille qui demandent à le consulter.

Par ailleurs, le présent règlement intérieur est tenu à la disposition de chacun des personnels dans chaque service de l'établissement, sur le site internet et sur intranet.

### **6.3 MISE A JOUR DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour si des textes nouveaux, le modifiant au fond, étaient publiés ou si les nécessités internes le justifient, et dans tous les cas, au moins une fois par an.