



REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PRESENTATION DU CHA	6
MISSIONS (ART. 6111-1 DU CSP)	6
MOYENS	7
PRINCIPES FONDAMENTAUX	7
<u>PREMIERE PARTIE : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL</u>	<u>8</u>
CHAPITRE 1 : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	8
Art. 1 Composition (Art L6143-5, L6143-6, R6143-3)	8
Art. 2 Nomination des membres (Art R6143-4)	8
Art. 3 Fonctionnement (Art R6143-5 à R6147-16)	9
Art. 4 Rôle (Art L6143-1)	10
CHAPITRE 2 : LE DIRECTEUR ET LE DIRECTOIRE	11
Art. 5 Le directeur (Art L6143-7)	11
Art. 6 Missions du directeur (Art L6143-7)	11
Art. 7 Pouvoir de nomination (Art L6143-7)	11
Art. 8 Autorité (Art L6143-7)	11
Art. 9 Signature (Art L6143-7, D6143-33 à D6143-35)	11
Art. 10 Compétences du directeur, président du directoire (Art L6143-7)	12
Art. 11 Le directoire (Art L6143-7-4)	12
Art. 12 Composition du directoire (Art L6143-7-5, D6143-35-1 à D6143-35-4)	12
CHAPITRE 3 : LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT	13
Art. 13 Composition (Art L6144-2, Art R6144-3)	13
Art. 14 Nomination du président (Art R6144-5)	14
Art. 15 Fonctionnement (Art R6144-6)	15
Art. 16 Attributions (Art R6144-1, R6144-2)	15
Art. 17 Le président de la CME, vice-président du directoire (Art R6144-5, D6143-37 à D6143-37-5)	17
CHAPITRE 4 : LE COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT ET SA FORMATION SPECIALISEE	18
Art. 18 Composition du CSE (Art R6144-42 à R6144-67)	18
Art. 20 Attributions du CSE (Art L6144-4, R6144-69 à D6144-81)	19
Art. 21 Attributions de la formation spécialisée (Art R6144-40)	19
CHAPITRE 5 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES	22
Art. 22 Composition (Art L6146-9, R6146-10 à R6146-16)	22
Art. 23 Fonctionnement (Art R6146-14 à R6146-16)	22
Art. 24 Attributions (Art R6146-10)	23
CHAPITRE 6 : LES LIGNES DIRECTRICES DE GESTION ET LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES PARITAIRES	23
Art. 25 Rôle et fonctionnement	23
CHAPITRE 7 : LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE (ART L6154-5, R6154-11 A D6154-17)	23
Art. 26 Rôle	23
Art. 27 Composition	24
Art. 28 Fonctionnement	25
CHAPITRE 9 : La Commission des Usagers (Art R1112-80 à R1112-94)	25
Art.29 Rôle	25
Art.30 Composition	26
<u>DEUXIEME PARTIE : L'ORGANISATION INTERNE DU CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY</u>	<u>28</u>
Art. 31 Déontologie (R4127-7)	28
CHAPITRE 1 : L'ORGANISATION INTERNE CLINIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE	28
Art. 32 Les pôles (Art L6146-1 ; R6146-9)	28
Art. 33 Les chefs de pôle et leurs collaborateurs (Art D6146-1 à R6146-9)	28
Art. 34 Feuilles de route et projets de pôle	29

Art. 35 Structures internes, services, ou unités fonctionnelles (<i>Art R6146-4 et R6146-5</i>)	29
Art. 36 Le département d'information médicale (<i>Art L6113-7, R6113-1 à R6113-11</i>)	29
Art. 37 Activité libérale des praticiens (<i>Art L6154-1 à L6154-7, R6154-1 à R6154-27</i>)	31

TROISIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES

32

TITRE I. CONSULTATIONS EXTERNES	32
TITRE II. LES ADMISSIONS	32
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES (<i>Art R1112-11 à R1112-23</i>)	32
Art. 38 Modes d'admission	32
Art. 39 Décision d'admission en cas de refus	32
Art. 40 Admissions d'urgence	32
Art. 41 Transfert d'un patient	32
Art. 42 Information de la famille	33
Art. 43 Refus d'hospitalisation du malade	33
Art. 44 Prise en charge des frais d'hospitalisation (<i>Art R1112-24 à R1112-26</i>)	33
Art.45 Désignation de la personne à prévenir	33
Art. 46 Désignation de la personne de confiance (<i>Art L1111-6</i>)	33
CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS PARTICULIERES	33
Art. 47 Femmes enceintes (<i>Art R1112-27 et R1112-28</i>)	33
Art. 48 Militaires (<i>Art R1112-29</i>)	34
Art. 49 Détenus (<i>Art R1112-30 à R1112-33</i>)	34
Art. 50 Mineurs (<i>Art R1112-34 à R1112-36</i>)	35
Art. 51 Majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique (<i>Art L1112-37</i>)	35
Art. 52 Malades toxicomanes (<i>Art L3413-1 à L3413-3, R1112-38 et R1112-39</i>)	36
Art 53 Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'Etat	36
TITRE III. SECOURS D'URGENCE	38
Art. 54 Plan Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE) (<i>Art L3131-7</i>)	38
Art. 55 Contenu du plan SSE (<i>Art R3131-13</i>)	39
TITRE IV. CONDITIONS DE SEJOUR	39
Art. 56 Régime d'hospitalisation	39
Art. 57 Accueil des malades	39
Art. 58 Livret d'accueil	39
Art. 59 Dépôt des objets (<i>Art R1113-1 à R1113-9</i>)	39
Art. 60 Majeurs protégés - Gestion de biens (<i>Art R1112-37</i>)	40
Art. 61 Information du malade sur les soins et sur son état de santé (<i>Art L1111-2</i>)	40
Art. 62 Information des familles	41
Art. 63 Discretion demandée par le patient (<i>Art R1111-6</i>)	41
Art. 64 Exercice du culte	41
Art. 65 Modalités d'exercice du droit de visite	41
Art. 66 Présence des visiteurs	42
Art. 67 Comportement des visiteurs	42
Art. 68 Comportements des patients – Désordres	43
Art. 69 Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital	43
Art. 70 Interdiction des gratifications et des dépôts	43
Art. 71 Hygiène à l'hôpital	43
Art. 72 Repas aux accompagnants et nuitées	43
Art. 73 Restauration	43
Art. 74 Jouets personnels	44
Art. 75 Effets personnels	44
Art. 76 Service social	44
Art. 77 Service Courrier	44
Art. 78 Téléphone	44
Art. 79 Télévision et radio	44
TITRE V. RECHERCHE BIOMEDICALE	44
Art. 80 Personnes ne pouvant pas exprimer leur consentement	45
Art. 81 Mineurs et personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique	45
Art. 82 Consentement	45
TITRE VI. SORTIES	46
Art. 83 Autorisations de sortie – Permissions	46

Art. 84 Formalités de sortie	46
Art. 85 Sortie contre avis médical	47
Art. 86 Sortie disciplinaire	47
Art. 87 Sortie après refus de soins	47
Art. 88 Sortie des malades à l'insu du service	47
Art. 89 Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	47
Art. 90 Sortie des nouveau-nés	48
Art. 91 Aggravation de l'état de santé	48
Art. 92 Transports	48
Art. 93 Questionnaire de sortie	48
Art. 94 Horaires de sortie	48
TITRE VIII. RELATIONS ENTRE MEDECINS HOSPITALIERS, MEDECINS TRAITANTS ET MALADES	48
Art. 95 Garde des informations concernant la santé des patients (<i>Art R1112-7</i>)	49
Art. 96 Information du médecin traitant (<i>Art R1112-6</i>)	49
Art. 97 Consultation du dossier médical	50
Art. 98 Communication des résultats d'examens anatomo et cytopathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes	50
Art. 99 Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale	50
TITRE IX. MESURES A PRENDRE EN CAS DE DECES DES HOSPITALISES	50
Art. 100 Fin de vie	50
Art. 101 Constat du décès	50
Art. 102 Notification du décès	50
Art. 103 Déclaration "d'enfant sans vie"	51
Art. 104 Indices de mort violente ou suspecte	51
Art. 105 Toilette, inventaire et transport des corps	51
Art. 106 Mesures de police sanitaire	51
Art. 107 Inhumation	51
Art. 108 Transport de corps à résidence avant mise en bière (<i>Art R2213-7 à R2213-14 du Code général des collectivités territoriales</i>)	51
Art. 109 Transport de corps après mise en bière	52
<u>QUATRIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS</u>	<u>53</u>
Art. 110 Assiduité et ponctualité du personnel	53
Art. 111 Exécution des ordres reçus	53
Art. 112 Droit de grève	53
Art. 113 Information du supérieur hiérarchique de tout incident	53
Art. 114 Conservation en bon état des locaux, des matériels et effets	53
Art. 115 Utilisation des matériels informatiques	53
Art. 116 Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades	53
Art. 117 Interdiction des pourboires	53
Art. 118 Interdiction d'exercer une activité privée lucrative	54
Art. 119 Identification du personnel	54
Art. 120 Tenue des personnels	54
Art. 121 Lutte contre le bruit et attitude envers les malades	54
Art. 122 Neutralité et laïcité du service public	54
Art. 123 Respect de la liberté de conscience et d'opinion	55
Art. 124 Accueil des familles	55
Art. 125 Envoi rapide des avis d'aggravation	55
Art. 126 Secret professionnel	55
Art. 127 Obligation de discrétion professionnelle	55
Art. 129 Respect du libre choix des familles	55
Art. 130 Interdiction des réunions publiques au centre hospitalier	56
Art. 131 Effets et biens personnels	56
Art. 132 Téléphone portable	56
Art. 133 Alcool	56
Art. 134 Exposition aux rayonnements ionisants	56
Art. 135 Crèche	56
<u>CINQUIEME PARTIE : DISPOSITIONS DIVERSES</u>	<u>57</u>

Art. 136 Interdiction de fumer (art R. 3512-2)	57
Art. 137 Animaux	57
Art. 138 Règles de circulation dans l'hôpital	57
Art. 139 Associations	57
Art. 140 Mise à disposition du règlement intérieur (<i>Art R1112-78</i>)	58
Art. 141 Mise à jour du règlement intérieur	58

LISTE DES ANNEXES **59**

Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé	59
Annexe 2 : Charte informatique	59

INTRODUCTION

Le règlement intérieur du Centre Hospitalier d'Argenteuil (CHA) est établi en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, et notamment celles du Code de la Santé Publique.

Le présent règlement définit les règles de fonctionnement du CHA propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des usagers, de l'ensemble des professionnels, des étudiants et stagiaires et de toute personne extérieure à l'établissement. Il est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction Générale.

Le Directeur du CHA assure l'application et l'exécution des dispositions du présent règlement.

PRESENTATION DU CHA

Le CHA est un établissement public de santé, doté de la personnalité morale de droit public et d'une autonomie administrative et financière. Son siège social est fixé 69 rue du Lieutenant-Colonel Prudhon, à Argenteuil (95107).

Le CHA est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud-Val d'Oise – Nord-Hauts-de-Seine, constitué par arrêté du Directeur Général de l'Agence régionale de Santé d'Île de France en date du 1^{er} juillet 2016.

MISSIONS (Art. 6111-1 du CSP)

Le Centre Hospitalier Victor DUPOUY a pour mission :

D'assurer, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, et de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé.

De délivrer les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

De participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.

De participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Il mène, en son sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale.

De participer à la formation et au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

MOYENS

Pour remplir sa mission, le Centre Hospitalier Victor Dupouy dispose notamment de :

- Services d'hospitalisation et de consultations externes
- Service d'Urgences avec des lits de très courte durée
- Services médico-techniques
- Services techniques et logistiques
- Services administratifs

En outre, il dispose d'écoles de formation paramédicale : un Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) et un Institut de Formation des Aides-Soignant(e)s (IFAS).

PRINCIPES FONDAMENTAUX

Par référence à l'article L6112-1 du Code de la santé publique, le CHA respecte les principes fondamentaux d'égalité d'accès à des soins de qualité, de continuité du service hospitalier, ainsi que de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité.

Le CHA respecte par ailleurs le principe de neutralité. Aucune discrimination ne peut être établie entre les patients en ce qui concerne l'admission et les soins. Les professionnels du CHA dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel, le secret médical et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du patient, la prise en compte de la douleur, physique et psychologique et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

PREMIERE PARTIE : L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL

CHAPITRE 1 : Le Conseil de surveillance

Art. 1 Composition (Art L6143-5, L6143-6, R6143-3)

Le conseil de surveillance du centre hospitalier Victor Dupouy comporte 15 membres répartis de la manière suivante :

- 1° Au titre des représentants des collectivités territoriales :
 - le maire d'Argenteuil, ou le représentant qu'il désigne, et un autre représentant de cette commune ;
 - deux représentants de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre dont Argenteuil est membre ;
 - le président du conseil **départemental** du Val d'Oise, ou le représentant qu'il désigne ;
- 2° Au titre des représentants du personnel médical et non médical :
 - a) Un membre de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par celle-ci ;
 - b) Deux membres désignés par la commission médicale d'établissement ;
 - c) Deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au **comité social d'établissement** ;
- 3° Au titre des personnalités qualifiées :
 - a) Deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
 - b) Trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département, dont au moins deux représentants des usagers.

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- 1° A plus d'un titre ;
- 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par l'article L6 du code électoral ;
- 3° S'il est membre du directoire ;
- 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés assurant le service public hospitalier, hors d'une zone géographique déterminée par décret.
- 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;
- 6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;
- 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil d'administration de l'agence régionale de santé.

Art. 2 Nomination des membres (Art R6143-4)

Les membres du conseil de surveillance sont nommés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile de France.

Le directeur général de l'agence régionale de santé saisit à cet effet les autorités et instances appelées à siéger, à être représentées ou à désigner des membres au sein du conseil de surveillance.

Les membres du conseil de surveillance qui ne sont ni membres de droit ni personnalités qualifiées, sont désignés dans les conditions suivantes :

1° Les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements sont élus, en leur sein, par les organes délibérants de ces collectivités ou de leurs groupements. Si l'un des représentants des collectivités territoriales siégeant au conseil de surveillance tombe sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article 1 du présent règlement intérieur, l'organe délibérant de la collectivité ou de son groupement désigne, en son sein, un nouveau représentant afin de le remplacer.

A défaut de désignation par les collectivités territoriales ou leurs groupements de leurs représentants dans un délai d'un mois après la saisine du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'Etat procède à cette désignation ;

2° Les membres désignés par la commission médicale d'établissement sont élus au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats ;

3° Le membre désigné par la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est élu, en son sein, par cette commission. L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats ;

4° Les organisations syndicales appelées à désigner un membre sont déterminées par le directeur général de l'agence régionale de santé compte tenu du nombre total des voix qu'elles ont recueillies, au sein de l'établissement, à l'occasion des élections au **comité social d'établissement**. Ainsi, le premier siège est attribué à l'organisation syndicale ayant recueilli le plus grand nombre de voix. Le second siège est attribué selon la règle de la plus forte moyenne entre toutes les listes.

Art. 3 Fonctionnement (Art R6143-5 à R6147-16)

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

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

La réunion au cours de laquelle le conseil de surveillance procède à cette élection est présidée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ou les personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

En cas de vacance des fonctions de président du conseil de surveillance et de vice-président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres parmi les représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements et les personnalités qualifiées.

La durée des fonctions de membre du conseil de surveillance est de cinq ans. Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du **comité social d'établissement**. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative.

En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

Les convocations à la première réunion du conseil de surveillance sont adressées par le président du directoire.

Le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance.

Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion, qui doit avoir lieu dans un délai de trois à huit jours, est réputée valable quel que soit le nombre des membres présents.

Dans ce cas, le conseil de surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

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

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Le secrétariat du conseil de surveillance est assuré à la diligence du directeur de l'établissement.

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques. Les débats et délibérations revêtent un caractère confidentiel.

Le procès-verbal de la séance est adopté lors de la séance suivante et consigné sur le registre des délibérations.

Peuvent également participer aux réunions du conseil de surveillance avec voix consultative :

-Le vice-président du directoire

-Le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé et un sénateur élu dans le département, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.

-Le directeur de l'agence régionale de santé qui peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle.

-Le représentant de la structure chargée de la réflexion éthique au sein de l'établissement

-Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

-Un représentant des familles de personnes accueillies en soins de longue durée

Art. 4 Rôle (Art L6143-1)

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

1° Le projet d'établissement

2° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

3° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;

4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;

5° Toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;

6° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

7° Les prises de participation et les créations de filiales

Il donne son avis sur :

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

— les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat

— le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et **se fait** communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. **Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et des réseaux validés en concertation avec le directoire.**

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes. Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. **Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.**

CHAPITRE 2 : Le directeur et le directoire

Art. 5 Le directeur (Art L6143-7)

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

Art. 6 Missions du directeur (Art L6143-7)

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° de l'article 10 et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance (art. 4 du présent règlement intérieur). Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Art. 7 Pouvoir de nomination (Art L6143-7)

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Art. 8 Autorité (Art L6143-7)

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Art. 9 Signature (Art L6143-7, D6143-33 à D6143-35)

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature.

Toute délégation doit mentionner :

1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° La nature des actes délégués ;

3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.

Ces délégations, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de

surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.

Art. 10 Compétences du directeur, président du directoire (Art L6143-7)

Après concertation avec le directoire, le directeur :

- 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, **et en lien avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins **et de la pertinence des soins**, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 3° Arrête **le rapport social unique** et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement **et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**, en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- 6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- 7° Arrête l'organisation interne de l'établissement ; **S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement arrêtent conjointement l'organisation interne ;**
- 8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la VIème partie du CSP ou des dispositifs d'appui à la coordination et des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L.6327-2 et L6327-6.
- 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- 10° Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location ;
- 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- 12° Conclut les délégations de service public ;
- 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- 14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- 15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3.
- 16° **Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles ;**
- 17° **Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale.**
- 18° **Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.**

Art. 11 Le directoire (Art L6143-7-4)

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

Art. 12 Composition du directoire (Art L6143-7-5, D6143-35-1 à D6143-35-4)

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

Il comporte **neufs** 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. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme ce membre après avis du 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 ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres après avis du président de la commission médicale d'établissement.

La durée du mandat des membres du directoire nommés par le président du directoire de l'établissement est de quatre ans. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire.

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

CHAPITRE 3 : La commission médicale d'établissement

Art. 13 Composition (Art L6144-2, Art R6144-3)

II. - La composition de la commission médicale d'établissement est fixée comme suit :

- 1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;
- 2° 27 représentants des responsables de structures internes ;
- 3° 27 représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires du centre hospitalier Victor Dupuy ;
- 4° Au titre des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement : un attaché et un praticien contractuel ;
- 5° Un représentant élu des sages-femmes ;
- 6° Un à deux représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

II. - Assistent en outre avec voix consultative :

- 1° Le président du directoire ou son représentant ;
- 2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 3° Le praticien responsable de l'information médicale ;
- 4° Le représentant du **comité social d'établissement**, élu en son sein ;
- 5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- 6° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement.
- 7° **Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins**

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

La commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur de l'établissement, au plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale.

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

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

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

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelables.

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

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

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

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire par les membres praticiens hospitaliers.

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

Art. 14 Nomination du président (Art R6144-5)

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires **qui en sont membres. Toutefois, lorsque les praticiens titulaires ne forment pas la majorité des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le règlement intérieur peut prévoir que le président et le vice-président sont élus parmi l'ensemble des membres de la commission.**

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

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. **Toutefois, pour tenir compte des circonstances locales et dans l'intérêt du service, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement peut à titre exceptionnel, par arrêté motivé, autoriser l'élection à un troisième mandat.**

Le mandat de président peut être exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement.

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Au centre hospitalier d'Argenteuil, et par dérogation à la règle générale, l'exercice de la présidence de la CME n'est pas incompatible avec l'exercice de la fonction de chef de pôle.

Une évaluation de cette compatibilité est réalisée à la fin du mandat du président qui cumulerait les deux fonctions.

Art. 15 Fonctionnement (Art R6144-6)

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 16 Attributions (Art R6144-1, R6144-2)

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

- 1° **Les projets de délibération ;**
- 2° **Les orientations stratégiques de l'établissement, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le programme d'investissement, le plan pluriannuel d'investissement ainsi que le plan global de financement pluriannuel ;**
- 3° **Le plan de redressement ;**
- 4° **L'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation de l'établissement ;**
- 5° **Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;**
- 6° **La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;**
- 7° **La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;**
- 8° **Le projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance ;**
- 9° **Les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures.**

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

- 2° **La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;**
- 3° **La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;**
- 4° **La politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;**
- 5° **La politique de recrutement des emplois médicaux ;**
- 6° **Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;**
- 7° **La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2.**
- 8° **Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;**
- 9° **Les modalités de la politique d'intéressement et le rapport social unique ;**
- 10° **Le règlement intérieur de l'établissement ;**

- 11° L'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre elle donne un avis sur la politique de formation tout au long de la vie ;
- 12° Le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

La commission médicale d'établissement élabore et propose au directoire le projet médical d'établissement, partie intégrante du projet d'établissement, en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale d'établissement coordonne son élaboration avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Les équipes médicales concernées sont associées à cette élaboration. Après concertation avec le directoire, le président de la commission médicale et le directeur peuvent demander à la commission médicale d'établissement de modifier ou de compléter sa proposition de projet médical.

Le projet médical est approuvé par le directoire.

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

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- 2° Les contrats de pôles ;
- 3° Le bilan annuel des tableaux de service ;
- 4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 5° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La commission médicale d'établissement peut faire au président du directoire des propositions sur les matières suivantes :

- 1° Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- 2° Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en cohérence, si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, avec la politique territoriale du groupement en la matière ;
- 3° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 4° Lorsque l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire, la déclinaison des orientations stratégiques du groupement en matière notamment d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 5° Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- 6° Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- 7° Lorsque l'établissement est un centre hospitalier et universitaire, la mise en œuvre des conventions d'association avec les groupements hospitaliers de territoire.

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne :

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;

- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur ;
- 5° **Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique en cohérence le cas échéant avec les orientations définies au niveau du groupement.**

La commission médicale d'établissement :

1° Propose au directeur le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi. La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

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

Le directeur tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

Pour assurer ces attributions, le président de la CME décide de la création des sous-commissions dont la liste et les compétences sont présentées dans le règlement intérieur de la CME.

Art. 17 Le président de la CME, vice-président du directoire (Art R6144-5, D6143-37 à D6143-37-5)

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

Il est chargé, **avec le directeur**, du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité de la sécurité **et de la pertinence** des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Le président présente annuellement à la CME son programme d'actions, en tenant compte des actions déjà mises en œuvre.

Il présente au directoire **ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale d'établissement.**

Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME.

Le président de la CME, vice-président du directoire, **coordonne, en lien avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et avec le projet médical partagé si l'établissement est partie à un groupement hospitalier de territoire.** Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel conclu avec l'agence régionale de santé. Il comprend notamment :

- 1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le **schéma régional ou interrégional de santé et le contenu de l'offre de soins** ;
- 2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- 4° L'organisation des moyens médicaux ;

- 5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;
- 6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

Le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

- 1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- 2° Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- 3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- 4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- 5° Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Le temps consacré aux fonctions de président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

Une indemnité de fonction est versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions **et garantir le bon fonctionnement de la CME.**

Une formation est proposée au président de la commission médicale d'établissement à l'occasion de sa prise de fonction, **adaptée à l'exercice de hautes responsabilités.**

A sa demande, le président de la commission médicale d'établissement peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, **en vue de la suite de son activité ou de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.**

CHAPITRE 4 : Le comité social d'établissement et sa formation spécialisée

Art. 18 Composition du CSE (Art R6144-42 à R6144-67)

Le CSE comprend, outre son président, le chef d'établissement, les représentants de l'administration ainsi que les représentants du personnel de l'établissement.

Le nombre de représentants titulaires du CSE est égal à 15. Le nombre de représentants suppléants est égal au nombre de représentants titulaires.

Un représentant du CSE et un représentant de la commission médicale d'établissement assistent, avec voix consultative, aux réunions respectives de chacune de ces deux instances. Les représentants sont élus par chacune des instances concernées.

Les représentants du personnel du CSE sont élus au scrutin de liste lors des élections professionnelles.

Art.19 Composition de la formation spécialisée du CSE

Le président du CSE ou son représentant préside la formation spécialisée du comité.

Le nombre de représentants titulaires du personnel est égal à 15. Les représentants titulaires ont un nombre égal de suppléants.

La formation spécialisée comprend également 1 représentant des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes en tant que membre titulaire et suppléant.

Assistent aux réunions de la formation spécialisée à titre consultatif :

- le médecin du travail
- les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés
- le représentant du service compétent en matière d'hygiène

Art. 20 Attributions du CSE (Art L6144-4, R6144-69 à D6144-81)

- Le comité social d'établissement est consulté sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement
- Le plan de redressement
- Le plan global de financement pluriannuel
- L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la CME, de la CDU et de la CSIRMT ;
- L'organisation interne de l'établissement ;
- Les projets de réorganisation de service ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

En outre, le président du CSE peut, à son initiative ou à celle de la moitié des membres représentants du personnel, inscrire directement à l'ordre du jour du comité un projet de texte ou une question faisant l'objet d'une consultation obligatoire de la formation spécialisée instituée en son sein qui n'a pas encore été examinée par cette dernière. L'avis du comité se substitue alors à celui de la formation spécialisée.

- Le comité social d'établissement est informé chaque année sur :

- La situation budgétaire de l'établissement ;
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Le budget ;
- La participation aux actions de coopération mentionnée au 8 de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;

- Le comité social d'établissement débat chaque année sur :

- La programmation des travaux de l'instance ;
- L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique ;

Art. 21 Attributions de la formation spécialisée (Art R6144-40)

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

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de leur champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement par une administration extérieure.

Elle examine les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à

la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales afférentes.

Le président, à son initiative ou à la demande de la moitié des représentants du personnel et après avis du secrétaire de la formation spécialisée, décide de soumettre au vote tout ou partie de ces questions.

- La formation spécialisée est consultée :

- Sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

- Sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. Elle n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par le CSE au sein duquel ou en complément duquel elle est instituée ;

- Sur les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;

- Sur le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles.

- Sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

- Chaque année, le président soumet pour avis à la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail :

- Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées ;

- Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique. Il fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

La formation spécialisée peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention.

- Le rôle d'analyse de la formation spécialisée

La formation spécialisée examine le rapport annuel établi par le médecin du travail et a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique.

Elle 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 contribue en outre à la promotion de la prévention des risques professionnels et peut proposer des actions qu'elle estime utile dans cette perspective. Elle peut proposer des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles.

- L'accès au registre spécial

Les membres de la formation spécialisée compétente et les agents de contrôle de l'inspection du travail ont accès, sous la responsabilité du chef d'établissement, à un registre spécial mentionné à l'article D. 4132-1 du code du travail.

- Les visites des services

Les membres de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail procèdent à intervalles réguliers, à la visite des services relevant du champ de compétence de ladite formation.

- L'intervention de la formation spécialisée en cas d'accident

La formation spécialisée compétente pour le service ou l'agent concerné est réunie, dans les plus brefs délais, à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves et procède à une enquête dans les cas suivants :

- accident de service grave ou maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées.

- accident de service ou de travail ou maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

- Le rôle de la formation spécialisée en cas de danger grave et imminent

Le représentant du personnel de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail qui constate qu'il existe une cause de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, notamment par l'intermédiaire d'un agent, en alerte immédiatement le directeur d'établissement. Le directeur d'établissement procède immédiatement à une enquête avec le représentant de la formation spécialisée qui lui a signalé le danger et prend les dispositions nécessaires pour y remédier. Il informe la formation spécialisée des décisions prises.

- La procédure d'expertise

Lorsque la formation spécialisée ne dispose pas des éléments nécessaires à l'évaluation des risques professionnels, des conditions de santé et de sécurité ou des conditions de travail, le président de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peut, à son initiative ou à la suite d'un vote majoritaire favorable des membres de la formation, faire appel à un expert certifié dans les cas suivants :

- Risque grave avéré, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;

- Projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation de service ;

CHAPITRE 5 : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Art. 22 Composition (Art L6146-9, R6146-10 à R6146-16)

I. - La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les représentants élus constituent trois collèges :

- 1° Collège des cadres de santé (5 membres) ;
- 2° Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques (8 membres) ;
- 3° Collège des aides-soignants (2 membres).

II. - Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

- a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;
- c) Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- d) Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement ;
- e) Un représentant de la commission médicale d'établissement.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 23 Fonctionnement (Art R6146-14 à R6146-16)

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

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

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

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

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

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

Art. 24 Attributions (Art R6146-10)

I.-La commission est consultée pour avis sur :

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

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

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

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

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

6° La politique de développement professionnel continu.

7° La convention constitutive d'un GHT

II.-Elle est informée sur :

1° Le règlement intérieur de l'établissement ;

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

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

CHAPITRE 6 : Les lignes directrices de gestion et les commissions administratives paritaires

Art. 25 Mise en œuvre des LDG et rôle des CAP

Conformément à la loi n° 2019-828 de transformation de la fonction publique du 6 août 2019 et au décret du n° 2019-1265 du 29 novembre 2019, les lignes directrices de gestion du CHA ont été adoptées après avis du CTE le 17 décembre 2020. Ces lignes directrices sont destinées à l'ensemble du personnel titulaire ou non titulaire. Toutefois, certaines LDG ne s'appliquent qu'aux fonctionnaires, notamment celles prévues en matière de promotion et d'avancement.

Compte tenu de la suppression de l'avis des CAP en matière d'avancement et de promotion, ces lignes directrices de gestion permettent à présent de fixer les nouvelles orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels, mais également de déterminer la stratégie pluriannuelle de pilotage des RH. Elles sont révisables au moins tous les cinq ans pour permettre une adéquation avec les besoins futurs et les évolutions réglementaires opérationnelles.

Le décret n°2022-257 du 7 juin 2022 fixe par ailleurs les modalités de création, l'organisation, la composition, les attributions et le fonctionnement des CAP locales, départementales et nationales, et notamment la liste des décisions individuelles relevant de leur compétence.

CHAPITRE 7 : La Commission d'Activité Libérale (Art L6154-5, R6154-11 à D6154-17)

Art. 26 Rôle

La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.

En cas d'activité libérale partagée entre plusieurs établissements, la commission de l'activité libérale compétente est celle de l'établissement public de santé d'affectation du praticien ou,

lorsque l'activité libérale s'exerce exclusivement en dehors de l'établissement d'affectation, celle de l'établissement où s'exerce l'activité libérale.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie, **le président du conseil départemental de l'ordre des médecins**, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission saisit le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens. Elle informe le président du conseil départemental de l'ordre des médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement, ou des établissements en cas d'activité libérale partagée entre deux établissements, et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, à la **commission des usagers**, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Art. 27 Composition

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission comprend :

- 1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- 2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- 3° **Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant ;**
- 4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- 5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- 6° Un praticien **mentionné au 1° de l'article L. 6152-1**, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- 7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

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

Le président de la commission médicale d'établissement, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement ne peuvent être élus président de la commission.

Le mandat des membres de la commission de l'activité libérale d'établissement est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

Art. 28 Fonctionnement

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Le secrétariat de la commission est assuré à la diligence de la direction de l'établissement.

Lorsque la commission **régionale** est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien, **son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier, sans situation de lien d'intérêt avec le praticien et l'établissement.**

Une lettre de mission est adressée au rapporteur par le président de la commission et communiquée au praticien concerné ainsi qu'au président de la commission d'activité libérale et au directeur de l'établissement d'affectation du praticien. Cette lettre précise la nature et l'étendue des griefs sur lesquels sont menées les investigations et le délai dans lequel le rapport doit être remis à la commission.

Le praticien est informé par courrier de la date à laquelle se réunit la commission pour statuer sur son dossier, au moins trente jours avant ladite date. L'intéressé et, éventuellement, son ou ses défenseurs peuvent prendre connaissance au secrétariat de la commission du rapport et des pièces du dossier, qui doivent être tenus à leur disposition quinze jours au moins avant la date prévue pour la séance.

Le praticien peut demander à être entendu par la commission ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.

Lorsqu'elle a été saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine ; passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

La suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée qui ne peut excéder deux ans.

CHAPITRE 9 : La Commission des Usagers (Art R1112-80 à R1112-94)

Art.29 Rôle

I. - La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission.

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

II. - La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

- d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;
- f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.
- g) Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé. Cette information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement.
- h) Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

- a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport. Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

4° La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

Art.30 Composition

I.-La commission est composée comme suit :

1° Le directeur ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;

2° Deux médiateurs et leurs suppléants : un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le directeur parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements mentionnés aux II à VI de l'article R.

1112-81 ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Ces nominations interviennent après avis de la commission médicale d'établissement. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur général de l'agence régionale de santé en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies au paragraphe précédent.

Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale parmi les personnes proposées par les associations agréées.

4° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

5° Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2 ;

6° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité social d'établissement en son sein ;

7° Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

DEUXIEME PARTIE : L'ORGANISATION INTERNE DU CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY

Art. 31 Déontologie (R4127-7)

Le **médecin** doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Dans les limites fixées par la loi et **compte tenu des données acquises de la science**, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

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

Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.

Chapitre 1 : L'organisation interne clinique et médico-technique

Art. 32 Les pôles (Art L6146-1 ; R6146-9)

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement.

Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés.

Art. 33 Les chefs de pôle et leurs collaborateurs (Art D6146-1 à R6146-9)

Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement pour une période de quatre ans renouvelable.

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

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

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

Le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle.

Au Centre Hospitalier d'Argenteuil, le chef de pôle est également accompagné par un directeur référent de pôle. Le directeur référent est membre de droit des instances du pôle et assure un rôle d'interface entre le pôle, la direction générale et l'ensemble des directions fonctionnelles.

Le directeur référent de pôle assure notamment une mission d'appui auprès du chef de pôle et du cadre supérieur de pôle dans les domaines relatifs au pilotage de la stratégie du pôle ainsi qu'à la conduite de projets.

Art. 34 Feuilles de route et projets de pôle

Les pôles d'activité clinique et médico-techniques du CHA disposent d'une feuille de route de pôle, élaborée par le chef de pôle en concertation avec le cadre supérieur de pôle et le directeur référent de pôle. Cette feuille de route mentionne l'ensemble des projets du pôle, en cohérence avec le projet de l'établissement, ainsi que les moyens nécessaires à la réalisation de ces projets.

La feuille de route de pôle est validée en comité des projets, présidé par le directeur de l'établissement et le président de la CME. Un suivi de la feuille de route de pôle est également assuré par la tenue d'un comité des projets tous les deux mois.

Tous les projets de pôle validés en comité de projets font l'objet d'un contrat de projet, co-signé par le directeur de l'établissement, le président de la CME, le chef de pôle et le chef de service concernés par le projet. Ce contrat de projet détermine le cadre de mise en œuvre du projet, les objectifs attendus, l'impact financier du projet ainsi que les indicateurs arrêtés pour assurer le suivi du projet.

Art. 35 Structures internes, services, ou unités fonctionnelles (Art R6146-4 et R6146-5)

Les chefs de service et les responsables de structures internes ou d'unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés, après avis du chef de pôle, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement.

Ils sont nommés pour une durée de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur leur propose une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

Les responsables des structures internes anciennement dénommées « services hospitaliers » sont désignés par le nom de « chefs de service ».

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable de structure interne ou d'unité fonctionnelle par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle.

Cette décision peut, le cas échéant, intervenir sur proposition du chef de pôle. Saisi d'une proposition en ce sens, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement disposent d'un délai de trente jours pour prendre leur décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

A sa demande, le chef de service peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la suite de son activité ou de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

Une indemnité de fonction est versée au chef de service.

Art. 36 Le département d'information médicale (Art L6113-7, R6113-1 à R6113-11)

Pour l'analyse de son activité médicale, le CHA procède, à la synthèse et au traitement informatique de données figurant dans le dossier médical qui sont recueillies, pour chaque patient,

par le praticien responsable de la structure médicale ou médico-technique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Le praticien responsable d'une structure médicale ou médico-technique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, dans l'établissement support.

Lorsque les praticiens ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu de l'alinéa précédent, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961 (n° 61-825 du 29 juillet 1961).

Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur de centre hospitalier d'Argenteuil, après avis de la commission médicale d'établissement.

Ce praticien coordonne l'élaboration et contribue à la mise en œuvre du plan d'assurance qualité des recettes, destiné à garantir l'exhaustivité et la qualité des données transmises et à fiabiliser les recettes de l'établissement. Le plan d'assurance qualité des recettes est présenté chaque année par le médecin responsable de l'information médicale à la commission médicale d'établissement pour information.

Ce médecin conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs.

Les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médico-technique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations.

Les personnes soignées dans l'établissement sont informées par le livret d'accueil ou un autre document écrit :

- 1° Que des données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé ;
- 2° Que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale et aux personnes intervenant sous son autorité dans l'établissement et sont protégées par le secret médical ; et que ces mêmes données donnant lieu à facturation peuvent faire l'objet d'une consultation aléatoire de traçabilité par le commissaire aux comptes dans sa fonction de certificateur des comptes annuels de l'établissement ;
- 3° Qu'elles peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce, le cas échéant, auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, directement ou par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien ayant constitué leur dossier ;
- 4° Qu'elles ont le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant.

Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Au sein d'un groupement hospitalier de territoire, le médecin responsable du département d'information médicale de territoire transmet à la commission de l'établissement concerné, à la commission médicale de groupement, ainsi qu'au représentant de l'établissement concerné et au représentant de l'établissement support du groupement, les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, relative à l'établissement concerné et à l'ensemble des établissements parties au groupement. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées.

Art. 37 Activité libérale des praticiens (Art L6154-1 à L6154-7, R6154-1 à R6154-27)

Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique exerçant au minimum huit demi-journées par semaine dans les établissements publics de santé peuvent être autorisés par contrat signé par le chef d'établissement à exercer une activité libérale sous forme de consultations, d'actes et de soins en hospitalisation à la triple condition :

- 1° d'exercer personnellement à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- 2° que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien ;
- 3° que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Les praticiens hospitaliers mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à hauteur de huit ou neuf demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite d'une demi-journée par semaine ; les praticiens hospitaliers exerçant à hauteur de dix demi-journées par semaine peuvent exercer une activité libérale dans la limite de deux demi-journées par semaine.

En cas d'activité partagée, l'activité libérale ne peut s'exercer que sur deux sites au maximum.

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

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement, ou en cas d'activité libérale partagée au sein du groupement hospitalier de territoire, sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.

Ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement d'affectation au directeur général de l'agence régionale de santé avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale de l'établissement ou, le cas échéant, des établissements du groupement hospitalier de territoire dans lesquels le praticien exerce une activité libérale. Le directeur général de l'agence régionale de santé approuve ce contrat. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

En cas de non-titularisation du praticien hospitalier à l'issue de la période probatoire, le contrat devient caduc.

La redevance due à l'établissement par les praticiens qui exercent une activité libérale, est fixée en pourcentage des honoraires qu'ils perçoivent au titre de cette activité.

Toutefois, ne sont pas soumis à redevance les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil.

Le taux de la redevance est ainsi fixé :

- 1° Consultations : 15 % ;
- 2° Actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 16 % ;
- 3° Actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 60 %

Par exception aux dispositions de l'alinéa précédent, le taux de redevance est fixé, pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel et auxquels était affectée, antérieurement au 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z, à 20%.

Pour les actes dont la codification issue de la liste établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale comprend la codification d'un acte principal et celle d'un geste complémentaire ou d'un supplément, il convient d'appliquer séparément à l'acte principal, d'une part, et au geste complémentaire ou au supplément, d'autre part, le taux défini pour chacun d'eux par les dispositions du présent article en fonction de la nature de l'acte et de la catégorie de l'établissement.

TROISIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX HOSPITALISES ET AUX CONSULTANTS EXTERNES

TITRE I. Consultations externes

Le centre hospitalier Victor Dupouy dispose de consultations externes publiques. Outre ces consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale pratiquée par certains praticiens hospitaliers.

TITRE II. Les admissions

Chapitre 1 : Dispositions générales (Art R1112-11 à R1112-23)

Art. 38 Modes d'admission

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur général sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgences reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultations de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mention de l'affection qui motive l'admission. Il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Art. 39 Décision d'admission en cas de refus

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

Art. 40 Admissions d'urgence

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

Art. 41 Transfert d'un patient

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

En particulier, si tous les incubateurs de l'établissement sont occupés, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence d'un prématuré dans l'établissement le plus proche disposant d'incubateurs.

En dehors du cas d'urgence, le transfert est décidé après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé.

Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou définitif dans un autre établissement. Le transfert non urgent ne peut être effectué sans le consentement du patient.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

Art. 42 Information de la famille

Toutes mesures sont prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue.

Art. 43 Refus d'hospitalisation du malade

Tout malade ou blessé en possession de ses facultés dont l'admission est prononcée en urgence et qui refuse de rester dans l'établissement doit signer une attestation traduisant expressément ce refus. A défaut, un procès-verbal du refus est dressé par le médecin. Le médecin responsable doit, au préalable, notifier au malade les conséquences préjudiciables que représente une telle décision.

Art. 44 Prise en charge des frais d'hospitalisation (Art R1112-24 à R1112-26)

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

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

➤ Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

➤ Les malades qui ne bénéficient pas des régimes de protection ci-dessus énumérés doivent verser à la caisse de l'établissement, au moment de leur admission, une somme correspondant à cinq jours d'hospitalisation au tarif du service qui les accueille, somme qui viendra en déduction sur le titre de recettes correspondant à leur séjour.

Une des rubriques du livret d'accueil indique au patient les frais qui resteront à sa charge.

Art.45 Désignation de la personne à prévenir

Dès son admission le patient est invité à désigner la personne à prévenir, qui pourra, en tant que de besoin, lui apporter son concours.

Art. 46 Désignation de la personne de confiance (Art L1111-6)

Dès son admission dans un établissement, tout patient majeur est également invité à désigner une personne de confiance, qui peut être distincte de la personne à prévenir. Cette personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et est consultée dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La désignation de la personne de confiance est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Chapitre 2 : Dispositions particulières

Art. 47 Femmes enceintes (Art R1112-27 et R1112-28)

↳ Admission :

Le directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission d'une femme enceinte ou récemment accouchée dans le mois qui précède la date présumée de

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

↳ Secret de l'hospitalisation :

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L.222-6 du Code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise ; cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention. Le directeur doit alors informer de cette admission les services de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé.

Art. 48 Militaires (Art R1112-29)

↳ Admission hors les cas d'urgence :

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire compétente et dans les conditions prévues par le décret n° 74.431 du 14 mai 1974 fixant les conditions de la coopération du service de santé des armées et du service publique hospitalier.

↳ Admission en urgence :

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission à l'autorité militaire ou, à défaut, à la gendarmerie. Dès que l'état de santé de la personne hospitalisée le permet, celle-ci est évacuée sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

Art. 49 Détenus (Art R1112-30 à R1112-33)

↳ Admission :

Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la justice et à la diligence du Préfet, admis dans une chambre où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades. En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle.

↳ Régime d'hospitalisation :

Les détenus sont hospitalisés en régime commun. Cependant, sur décision expresse du ministre de la justice, prise en application de l'article D. 115-25 du code pénitentiaire, ils peuvent être traités, à leurs frais, en régime particulier ou dans le secteur de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, si la surveillance prévue à l'article R. 1112-30 ne gêne pas les autres malades.

↳ Incident en cours d'hospitalisation :

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes, dans les conditions prévues par l'article R322-25 du code pénitentiaire qui dispose que : "Tout incident grave touchant à l'ordre, à la discipline ou à la sécurité de l'établissement doit être immédiatement porté par le chef de l'établissement à la connaissance du préfet et du procureur de la République, en même temps qu'à celle du directeur régional des services pénitentiaires et du ministre de la justice.

Si l'incident concerne un prévenu, avis doit en être donné également au magistrat saisi du dossier de l'information et, si l'incident concerne un condamné, au juge de l'application des peines.

Si le détenu appartient aux forces armées, l'autorité militaire doit en outre être avisée."

↳ Mesures de surveillance et de garde :

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

Art. 50 Mineurs (Art R1112-34 à R1112-36)

↳ Admission :

L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire, de l'Aide Sociale à l'Enfance. Cette personne doit produire les documents prouvant son autorité parentale (pièce d'identité et livret de famille) ou son appartenance aux services judiciaires ou de l'Aide Sociale à l'Enfance.

L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur d'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

↳ Autorisation d'opérer - Refus de soins :

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

↳ relevant d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance :

Lorsque le malade relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur adresse sous pli cacheté dans les quarante-huit heures de l'admission au directeur de l'enfance et de la famille (service médical de l'aide à l'enfance) le certificat confidentiel du médecin responsable de service indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

↳ Objets de valeur :

Les bijoux, objets de valeur, doivent être déposés à la régie du centre hospitalier Victor Dupouy. Un inventaire, des objets et valeurs déposés en régie, ainsi que des objets conservés auprès du malade, sera alors dressé.

↳ Accompagnants :

Le directeur, après avis du médecin chef de structure interne, peut autoriser, le père ou la mère de famille, à rester toute la journée et à passer la nuit auprès de son enfant, dans la mesure où les conditions de l'hospitalisation le permettent.

Art. 51 Majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique (Art L1112-37)

Les biens des majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles [436](#) et [498](#) du code civil et par le [décret n° 2012-663 du 4 mai 2012](#) relatif aux modalités de gestion des biens des personnes protégées, dont la protection est confiée à un mandataire judiciaire, personne ou service proposé d'une personne morale de droit public.

Art. 52 Malades toxicomanes (Art L3413-1 à L3413-3, R1112-38 et R1112-39)

↳ **Secret de l'hospitalisation et admission :**

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission.

Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

↳ **Cure de désintoxication :**

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L. 3413-1 à L. 3413-3.

Chaque fois que l'autorité judiciaire enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique qui consiste en une mesure de soins ou de surveillance médicale, elle en informe le directeur général de l'agence régionale de santé.

Celui-ci fait procéder dans les meilleurs délais à l'examen médical de l'intéressé par un médecin désigné en qualité de médecin relais ou, le cas échéant, à une évaluation socio-psychologique par un psychologue habilité ou tout professionnel de santé également habilité par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé fait également procéder, s'il y a lieu, à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé, le cas échéant à la demande du professionnel de santé désigné. S'il n'est pas donné suite à cette demande, le professionnel de santé désigné peut en aviser l'autorité judiciaire afin qu'elle se prononce sur l'opportunité de cette enquête.

A l'issue de cette phase d'évaluation, le professionnel de santé désigné fait connaître sans délai à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité de la mesure d'injonction thérapeutique.

Si l'examen médical ou l'évaluation prévu à l'article L. 3413-1 confirme l'opportunité d'une mesure d'injonction thérapeutique, le professionnel de santé désigné invite l'intéressé à se présenter auprès d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou d'un médecin de son choix ou, à défaut, désigné d'office pour suivre un traitement médical ou faire l'objet d'une prise en charge socio-psychologique adaptée.

Le médecin relais, le psychologue habilité ou le professionnel de santé habilité est chargé de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi.

Il informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation de dépendance de l'intéressé.

En cas d'interruption du suivi à l'initiative de l'intéressé ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, le professionnel de santé désigné en informe sans délai l'autorité judiciaire.

Art 53 Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'Etat (Art L3212-1 à L3213-4)

↳ **A la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent :**

I. - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile.

II. - Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade, antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, **la personne chargée, à l'égard d'un majeur protégé, d'une mesure de protection juridique à la personne,** peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La demande d'admission en soins psychiatriques comporte les mentions manuscrites suivantes :

- 1° La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;
- 2° Les nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ;
- 3° Le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ;
- 4° La date ;
- 5° La signature.

Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte.

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1° et 2° du I du présent article sont réunies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;

2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux sont établis par deux psychiatres distincts.

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux sont établis par deux psychiatres distincts.

Préalablement à l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément aux règles énoncées précédemment et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins.

Si la demande est formulée pour un majeur protégé par la personne chargée d'une mesure de protection juridique à la personne, celle-ci doit fournir à l'appui de sa demande le mandat de protection future visée par le greffier ou un extrait du jugement instaurant la mesure de protection.

Le directeur de l'établissement d'accueil informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département et la commission départementale des soins psychiatriques de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques. Il leur transmet également une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux.

III. - Dans le cas où la personne malade fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur de l'établissement d'accueil informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge.

↳ Sur décision du représentant de l'Etat :

I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

TITRE III. Secours d'urgence

Art. 54 Plan Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE) (Art L3131-7)

Le centre hospitalier d'Argenteuil est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Ce plan SSE peut être déclenché par le Directeur Général, qui en informe sans délai, le Préfet, représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier.

Dans tous les cas, le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, le service d'aide médicale d'urgence départemental et les représentants des collectivités territoriales concernées.

Ce plan est arrêté, après avis du Directoire, de la CME et du CSE. Le Directeur Général informe le Conseil de Surveillance.

Le plan est transmis au préfet de département, au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et au service d'aide médicale urgente départemental.

Art. 55 Contenu du plan SSE (Art R3131-13)

Le plan SSE du CHA définit notamment :

- 1° Les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- 2° Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- 3° Des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- 4° Les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- 5° Les modalités de communication interne et externe ;
- 6° Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- 7° Un plan de **sécurisation** et de confinement de l'établissement ;
- 8° Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- 9° Des mesures spécifiques pour **la gestion des situations sanitaires exceptionnelles**, notamment les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques ;
- 10° Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Le plan est évalué et révisé chaque année. **Son évaluation et sa révision font l'objet d'une présentation aux instances compétentes des établissements de santé.**

TITRE IV. Conditions de séjour

(Se référer également à la charte du patient hospitalisé annexée au présent règlement)

Art. 56 Régime d'hospitalisation

L'hospitalisation connaît deux régimes : le régime commun et le régime exercée dans le cadre strict de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Lorsque l'état d'un malade hospitalisé requiert son isolement en chambre à un lit, et si le service d'hospitalisation en est pourvu, il y est admis dans les meilleurs délais. Par ailleurs les demandes d'hospitalisation en chambre individuelle exprimées par les malades hospitalisés seront laissées à l'appréciation du chef de service.

Art. 57 Accueil des malades

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

Art. 58 Livret d'accueil

Dès son arrivée dans l'établissement, chaque hospitalisé reçoit un livret d'accueil et une brochure contenant toutes les informations qui devraient faciliter son séjour, notamment :

- ♦ Charte du patient,
- ♦ Liste des services de l'hôpital,
- ♦ Informations sur le service infirmier,
- ♦ Liste des formalités d'admission et de sortie,
- ♦ Modalités de prise en charge et de paiement des frais d'hospitalisation,
- ♦ Indications sur les conditions de séjour (horaires des repas, des visites, location de téléviseurs, etc.),
- ♦ Indications relatives au service social,
- ♦ Rappel de certains droits et obligations du malade,
- ♦ Questionnaire de sortie.

Art. 59 Dépôt des objets (Art R1113-1 à R1113-9)

Toute personne admise ou hébergée l'établissement est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour.

A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise ou hébergée, ou à son représentant légal **s'il s'agit d'un mineur ou, si la personne fait l'objet d'une mesure de**

protection juridique avec représentation relative à la personne, à la personne chargée de la mesure. Cette information fait référence aux présentes dispositions et comprend l'exposé des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement. La personne admise ou hébergée, ou son représentant légal, certifie avoir reçu cette information. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement.

L'établissement est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées.

Cette responsabilité s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Dès qu'elles sont en état de le faire, les personnes mentionnées ci-dessus procèdent au retrait des objets non susceptibles d'être déposés.

Lorsque la personne admise ou hébergée décide de conserver auprès d'elle durant son séjour un ou plusieurs des objets susceptibles d'être déposés, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée que si :

1° Il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;

2° Les formalités de dépôt ont été accomplies ;

3° Le directeur d'établissement ou une personne habilitée a donné son accord à la conservation du ou des objets par cette personne.

L'établissement n'est responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés ou non retirés, alors que leurs détenteurs étaient en mesure de le faire, que dans le cas où une faute est établie à l'encontre de l'établissement ou à l'encontre des personnes dont il doit répondre.

Art. 60 Majeurs protégés - Gestion de biens (Art R1112-37)

Les biens des majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique hospitalisés dans l'établissement sont administrés dans les conditions prévues par les articles 436 et 398 du code civil et par les décrets n° 2012-663 du 4 mai 2012 relatif aux modalités de gestion des biens des personnes protégées, dont la protection est confiée à un mandataire judiciaire, personne ou service préposé d'une personne morale de droit public.

Art. 61 Information du malade sur les soins et sur son état de santé (Art L1111-2)

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 sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

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.

Art. 62 Information des familles

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

Art. 63 Discretion demandée par le patient (Art R1111-6)

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur **une action de prévention, un dépistage, un diagnostic, un traitement ou une intervention** dont elle fait l'objet peut s'opposer à ce que le médecin **ou la sage-femme** qui a pratiqué cette action de prévention, ce dépistage, ce diagnostic, ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet.

Le médecin, **la sage-femme ou l'infirmier** fait mention écrite de cette opposition.

Tout **médecin, sage-femme ou infirmier** saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées à l'alinéa ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue.

Lorsque la personne mineure demande que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant son état de santé ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin, ces informations sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné, ou consultées sur place en présence de ce médecin.

A l'exception des mineurs soumis à l'autorité parentale, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé.

En l'absence d'opposition des intéressés, les indications d'ordre médical - tels que diagnostic et évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis, par les cadres de santé, aux membres proches de la famille, sauf si le malade s'y oppose.

Art. 64 Exercice du culte

Le centre hospitalier d'Argenteuil met tout en œuvre pour que le patient hospitalisé soit mis en mesure de participer à l'exercice individuel de son culte dans sa chambre d'hospitalisation ; il reçoit, sur demande de sa part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de son choix. Toutefois, l'exercice du culte doit se faire dans le respect des personnes tiers dans le cas d'une hospitalisation en chambre double.

Au-delà des possibilités ci-dessus évoquées toute autre forme de pratique cultuelle est interdite dans les locaux et circulations communes.

En outre, les signes ostentatoires ne doivent en aucun cas faire obstacle ni au bon exercice de la médecine et des soins, ni au contrôle efficace de l'exercice du droit de visite.

A cet égard, l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés) ;
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ;
- au fonctionnement régulier du service.

Art. 65 Modalités d'exercice du droit de visite

L'accès de l'établissement est réservé, à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui, outre les consultants externes, se rendent au chevet d'une personne hospitalisée aux heures de visite.

Le directeur ou son représentant, doivent donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

Toute personne ou institution étrangère au service, ne peut effectuer une visite d'un service sans l'autorisation préalable du directeur ou de son représentant qui sollicite, si besoin est, l'avis du chef de service.

▫ Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants n'ont pas, à titre professionnel, accès auprès des malades, sauf accord de ceux-ci et du chef de service et après autorisation du directeur ou de son représentant. Les journalistes, photographes, démarcheurs et agents d'affaires qui pénètrent, sans autorisation du directeur, dans les chambres et les services dans l'intention d'y exercer leur activité, doivent être immédiatement exclus.

▫ 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 qui en ont fait la demande, quel que soit l'état de santé de ces derniers.

▫ Les associations et organismes qui envoient auprès des malades des visiteurs bénévoles, doivent, préalablement, obtenir l'agrément de l'administration. Leurs représentants doivent porter un badge distinctif.

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

Les malades peuvent demander, au cadre soignant, de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent, d'avoir accès auprès d'eux.

Art. 66 Présence des visiteurs

Les visites aux hospitalisés ont lieu de 13 h à 20 h 00.

Des dérogations à ces horaires peuvent, en outre, être autorisées avec l'accord du médecin responsable et du cadre du service, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service.

Lorsque l'état du malade le justifie ou lorsque la personne hospitalisée est un enfant de moins de quinze ans, la présence d'un accompagnant peut être autorisée hors des heures de visite.

L'attention de l'accompagnant est appelée sur le fait qu'il ne doit, en aucun cas, contrarier l'action médicale ou troubler le repos des autres malades.

Le médecin responsable peut limiter ou supprimer les visites en fonction de l'état de la personne hospitalisée.

Pour des raisons d'hygiène, il est interdit d'apporter des fleurs ou des plantes en pot.

Art. 67 Comportement des visiteurs

Pour des raisons de sécurité, les visiteurs et les patients doivent être identifiables par le personnel médical, soignant et administratif de l'hôpital.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Le nombre de visiteurs pour chaque malade doit être limité à trois personnes. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite, pourront être décidées par le directeur ou son représentant, après avis du responsable de l'unité de soins.

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement, ni boissons alcoolisées, ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments.

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

En cas de méconnaissance de ces prescriptions, les denrées et boissons, introduites en fraude, peuvent être confisquées.

Les visiteurs doivent avoir une tenue correcte, éviter d'élever le ton de la conversation et de provoquer tout bruit intempestif. Il leur est interdit de fumer dans l'ensemble des unités d'hospitalisation.

Les visiteurs peuvent être invités, par le personnel soignant, à se retirer des chambres de malades ou des salles d'hospitalisation, pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les malades.

Le droit aux visites existe d'une manière générale, sauf exceptions :

- ♦ Légales, pour les malades sous surveillance de la police,
- ♦ Cliniques, pour les malades hospitalisés dans des unités de soins spécialisées

où les visites sont interdites- ou limitées en nombre ou en durée -par le responsable médical ou le directeur.

Art. 68 Comportements des patients – Désordres

Les patients doivent se prêter aux examens courants réalisés par le personnel médical disponible quel que soit le sexe de celui-ci.

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

Les hospitalisés doivent veiller à respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition.

Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du malade dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

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

Art. 69 Déplacement des hospitalisés dans l'hôpital

Les hospitalisés ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant ; ils doivent être revêtus d'une tenue décente. A partir du début du service de nuit, les hospitalisés doivent s'abstenir de tout déplacement hors du service.

Art. 70 Interdiction des gratifications et des dépôts

Il est interdit aux malades de donner une quelconque gratification en espèces ou en nature aux agents du personnel. De même, ils ne doivent pas leur confier d'objets personnels et/ ou de valeur.

Le personnel, quant à lui, ne doit accepter ni gratification, ni dépôt, même temporaires.

Art. 71 Hygiène à l'hôpital

Une stricte hygiène corporelle est de règle à l'hôpital ; chacun est tenu de l'observer.

Art. 72 Repas aux accompagnants et nuitées

Un repas peut être servi aux personnes, rendant visite aux hospitalisés, qui en manifesteront le désir. La demande est faite auprès de la cadre de santé du service.

Ces repas sont facturés, au tarif visiteur fixé, annuellement, par le directoire de l'établissement.

Il est admis, à titre exceptionnel et sous réserve d'autorisation, qu'un proche puisse passer la nuit auprès d'un malade. Selon les disponibilités, un lit d'appoint pourra lui être proposé. Un petit déjeuner peut être servi à titre payant.

Art. 73 Restauration

Les menus sont établis par la commission des menus sous la coresponsabilité des services de Restauration et de Diététique.

Les menus du jour sont complétés par une carte de plats au choix permettant de proposer une alternative aux consommateurs quel que soit son profil alimentaire (combinaison d'un régime, d'une texture et d'un mode de préparation).

L'alimentation peut donc être adaptée à l'état de santé et le plus possible aux goûts et habitudes alimentaires de la personne hospitalisée ou du résident.

Tout régime doit faire l'objet d'une prescription médicale diététique écrite datée et signée dans le dossier de soin du patient.

Pour des raisons d'hygiène alimentaire et de respect du régime prescrit, les aliments provenant de l'extérieur ne sont pas autorisés.

En cas d'apports provenant de l'extérieur, l'hôpital décline toute responsabilité, notamment face à une éventuelle intoxication alimentaire.

Art. 74 Jouets personnels

Les jouets, appartenant aux enfants ou qui leur sont apportés, ne doivent leur être remis qu'avec l'accord du cadre de santé.

Art. 75 Effets personnels

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, la personne hospitalisée pourra, si elle le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnels, à charge pour elle d'en assurer l'entretien.

Art. 76 Service social

Le service social est à la disposition des hospitalisés et de leurs familles. Il est ouvert du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 17 h 00. En outre, il est possible, pour un malade, de demander la visite d'une assistante sociale, par l'intermédiaire du cadre de santé ou du secrétariat du service.

Art. 77 Service Courrier

Le vaguemestre procède à la levée du courrier deux fois par jour, le matin et l'après-midi.

Art. 78 Téléphone

Les hospitalisés ont la possibilité d'utiliser le téléphone mis à disposition dans leur chambre ; ils sont tenus d'acquitter les frais correspondants. S'ils ne disposent pas d'un appareil dans leur chambre, en cas d'urgence sans gêner le fonctionnement du service ils peuvent à titre exceptionnel recevoir des communications téléphoniques dans le service.

Pour des raisons de précaution, l'usage des téléphones portables est déconseillé à proximité des appareils médicaux. Les différents services peuvent en outre interdire l'usage du téléphone lorsqu'ils le jugent nécessaire pour la sécurité des patients.

Art. 79 Télévision et radio

Les appareils de télévision personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement, sauf pour les résidents de l'unité de soins de longue durée.

En aucun cas les récepteurs de radio, de télévision et autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins.

Au-delà de 22 h 00, l'usage de la télévision et de la radio est interdit, sauf dans les chambres particulières.

TITRE V. Recherche biomédicale (Art L1121-2 à L1121-16, R1121-19 à R1123-3)

Aucune recherche impliquant la personne humaine ne peut être effectuée :

- si elle ne se fonde pas sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une expérimentation préclinique suffisante ;

- si le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche est hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes ou l'intérêt de cette recherche ;

- si elle ne vise pas à étendre la connaissance scientifique de l'être humain et les moyens susceptibles d'améliorer sa condition ;

- si la recherche impliquant la personne humaine n'a pas été conçue de telle façon que soient réduits au minimum la douleur, les désagréments, la peur et tout autre inconvénient prévisible lié à la maladie ou à la recherche, en tenant compte particulièrement du degré de maturité pour les mineurs et de la capacité de compréhension pour les majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement.

L'intérêt des personnes qui se prêtent à une recherche impliquant la personne humaine prime toujours les seuls intérêts de la science et de la société.

La recherche impliquant la personne humaine ne peut débuter que si l'ensemble de ces conditions sont remplies. Leur respect doit être constamment maintenu.

Art. 80 Personnes ne pouvant pas exprimer leur consentement

Les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, les personnes hospitalisées sans consentement et les personnes admises dans un établissement sanitaire ou social à d'autres fins que celle de la recherche ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que dans les conditions suivantes :

- soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation juridique ou administrative à la condition que des recherches d'une efficacité comparable ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

Art. 81 Mineurs et personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique

Les mineurs et les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ou hors d'état d'exprimer leur consentement ne peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches biomédicales que si des recherches d'une efficacité comparable ne peuvent être effectuées sur des personnes majeures et dans les conditions suivantes :

- soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes placées dans la même situation. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

Art. 82 Consentement

Préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, l'investigateur, ou un médecin qui le représente, lui fait connaître notamment :

- 1° L'objectif, la méthodologie et la durée de la recherche ;
- 2° Les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme ;
- 3° Les éventuelles alternatives médicales ;
- 4° Les modalités de prise en charge médicale prévues en fin de recherche, si une telle prise en charge est nécessaire, en cas d'arrêt prématuré de la recherche, et en cas d'exclusion de la recherche ;
- 5° L'avis du comité de protection des personnes et l'autorisation de l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 1123-12. Il l'informe également de son droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant sa santé, qu'il détient ;
- 6° Le cas échéant, l'interdiction de participer simultanément à une autre recherche ou la période d'exclusion prévues par le protocole et son inscription dans le fichier.
- 6° bis Pour les recherches à finalité commerciale, les modalités de versement de contreparties en sus de la prise en charge des frais supplémentaires liés à la recherche, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article L. 1121-16-1 ;

7° Le cas échéant, la nécessité d'un traitement des données à caractère personnel conformément aux dispositions de l'article 69 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La personne dont la participation est sollicitée est informée de son droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant sa santé, détenues par l'investigateur ou, le cas échéant, le médecin ou la personne qualifiée qui le représente.

La personne dont la participation est sollicitée ou, le cas échéant, les personnes, organes ou autorités chargés de l'assister, de la représenter ou d'autoriser la recherche sont informés de son droit de refuser de participer à la recherche ou de retirer son consentement ou, le cas échéant, son autorisation à tout moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

L'objectif d'une recherche en psychologie, ainsi que sa méthodologie et sa durée, peuvent ne faire l'objet que d'une information préalable succincte dès lors que la recherche ne porte que sur des volontaires sains et ne présente aucun risque sérieux prévisible. Une information complète sur cette recherche est fournie à l'issue de celle-ci aux personnes s'y étant prêtées. Le projet mentionne la nature des informations préalables transmises aux personnes se prêtant à la recherche.

A titre exceptionnel, lorsque dans l'intérêt d'une personne malade le diagnostic de sa maladie n'a pu lui être révélé, l'investigateur peut, dans le respect de sa confiance, réserver certaines informations liées à ce diagnostic. Dans ce cas, le protocole de la recherche doit mentionner cette éventualité.

Les informations communiquées sont résumées dans un document écrit remis à la personne dont le consentement est sollicité. A l'issue de la recherche, la personne qui s'y est prêtée a le droit d'être informée des résultats globaux de cette recherche, selon les modalités qui lui seront précisées dans le document d'information.

En cas de recherches biomédicales à mettre en œuvre dans des situations d'urgence qui ne permettent pas de recueillir le consentement préalable de la personne qui y sera soumise, le protocole présenté à l'avis du comité de protection des personnes peut prévoir que le consentement de cette personne n'est pas recherché et que seul est sollicité celui des membres de sa famille ou celui de la personne de confiance, s'ils sont présents. L'intéressé est informé dès que possible et son consentement lui est demandé pour la poursuite éventuelle de cette recherche. Il peut également s'opposer à l'utilisation des données le concernant dans le cadre de cette recherche.

TITRE VI. Sorties (Art R1112-56 à R1112-67)

Art. 83 Autorisations de sortie – Permissions

Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie soit de quelques heures, soit d'une durée maximum de quarante-huit heures.

Ces permissions de sortie sont données sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur.

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

Art. 84 Formalités de sortie

Lorsque l'état de santé, de la personne hospitalisée, ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service.

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

Toutes dispositions sont prises, le cas échéant, et sur proposition médicale, en vue du transfert immédiat de la personne hospitalisée dans un établissement de moyen ou long séjour adapté à son cas.

Le bulletin de sortie délivré aux malades ne doit comporter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relative à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Le médecin traitant ou la structure d'aval est informé par la lettre de liaison des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Tout malade sortant reçoit la lettre de liaison, les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

Art. 85 Sortie contre avis médical

A l'exception des mineurs, des majeurs sous mesure de protection judiciaire et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement.

Si le médecin chef de service 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 est dressé, signé par deux témoins, membres du personnel.

Art. 86 Sortie disciplinaire

La sortie des malades peut également, hors les cas où l'état de santé de ceux-ci l'interdirait, être prononcée par mesure disciplinaire dans les conditions et selon les modalités fixées par l'article 74 du présent règlement intérieur. Le service de sécurité pourra être appelé à intervenir en cas de difficultés.

Art. 87 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 la personne hospitalisée d'une décharge, rédigée par le médecin, constatant son refus d'accepter les soins proposés.

Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé et signé par deux agents du service. Un exemplaire de la lettre de décharge ou du procès-verbal est remis ou adressé au patient, un autre à son médecin traitant et l'original est conservé dans le dossier patient.

Art. 88 Sortie des malades à l'insu du service

Malade majeur : le service de soins prévient l'administrateur de garde et le commissariat pour déclarer la fugue.

Des recherches sont effectuées dans l'enceinte du centre hospitalier par le service de sécurité.

Malade mineur : le service de soins prévient l'administrateur de garde et le commissariat pour déclarer la fugue. La famille est immédiatement prévenue. Le procureur de la République est également prévenu.

Majeur sous mesure de protection judiciaire : procédure identique à celle prévue pour les malades mineurs.

Art. 89 Sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Sous réserve d'éventuelles décisions de l'autorité judiciaire, les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'à leur père, mère, tuteur ou garde et aux tierces personnes expressément autorisées par ceux-ci.

Le mineur n'a pas la capacité de signer une attestation s'il veut quitter l'établissement contre avis médical.

Cette demande ne peut être présentée, que par la personne exerçant l'autorité parentale sur l'enfant. Cette personne fournit les éléments prouvant son autorité parentale (pièce d'identité et livret de famille).

Elle signe l'attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers présentés pour la santé de l'enfant par cette sortie ; si elle refuse de signer l'attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.

Si cette demande de sortie semble de nature à mettre en danger la santé ou l'intégrité corporelle de l'enfant, le directeur ou son représentant saisit le Ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sont informées de la prochaine sortie du mineur. Elles doivent faire connaître à l'administration de l'établissement si le mineur peut ou non quitter seul l'établissement.

Art. 90 Sortie des nouveau-nés

Sous réserve du cas particulier des prématurés, de nécessité médicale ou de cas de force majeure constaté par le médecin responsable, le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère.

Art. 91 Aggravation de l'état de santé

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants ; ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer, en dehors des heures de visite, si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

En tout état de cause, cette faveur peut être retirée à tout moment, si elle était source de difficulté de fonctionnement et venait à troubler la quiétude des autres patients.

Art. 92 Transports

Si l'état de santé du patient nécessite un moyen de transport particulier, un certificat médical prescrivant l'utilisation d'un taxi ou d'une ambulance peut être délivré par le médecin du service.

Les frais occasionnés par la recherche sont à la charge des malades.

Art. 93 Questionnaire de sortie

Tout hospitalisé reçoit lors de son admission, un livret d'accueil dans lequel figure la Charte du patient hospitalisé. Le livret comporte également un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; ce questionnaire rempli est rendu à l'administration sous pli cacheté et sous une forme anonyme si le malade le désire.

Le directeur communique périodiquement au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement, au **comité social d'établissement** les résultats de l'exploitation de ces documents.

Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Art. 94 Horaires de sortie

La sortie du patient est décidée par le médecin en fonction de son état de santé.

TITRE VIII. Relations entre médecins hospitaliers, médecins traitants et malades

Art. 95 Garde des informations concernant la santé des patients (Art R1112-7)

Au centre hospitalier d'Argenteuil, les dossiers sont conservés pendant deux ans au service des archives du centre hospitalier, puis sont conservés chez un prestataire extérieur pour le reste de la durée légale de conservation.

Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations ainsi conservées ou hébergées.

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

A l'issue du délai de conservation mentionné à l'alinéa précédent et après, le cas échéant, restitution à l'établissement de santé des données ayant fait l'objet d'un hébergement, le dossier médical peut être éliminé. La décision d'élimination est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale. Cette élimination est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives, qui détermine ceux de ces dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique.

A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

Tout médecin qui est amené à donner des soins à une personne a accès à son dossier.

Tout autre médecin demandant à consulter le dossier doit obtenir le consentement de la personne concernée.

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

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

Art. 96 Information du médecin traitant (Art R1112-6)

Les établissements publics de santé sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le chef de service, ou le cas échéant, le médecin responsable de la prise en charge, communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade.

↳ En cours d'hospitalisation

En fonction de la durée prévisible de l'hospitalisation et, en tout état de cause, avant la fin de la deuxième semaine d'hospitalisation, le médecin responsable du malade communique au médecin (ou à la sage-femme) désigné par le malade ou sa famille et qui a fait la demande écrite toute information relative à l'état du malade.

↳ A la sortie du malade

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 reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade.

Art. 97 Consultation du dossier médical

Les médecins responsables de consultations externes doivent, sous réserve de l'accord du malade, informer, le médecin (ou la sage-femme), des jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.

Art. 98 Communication des résultats d'examens anatomo et cytopathologiques des malades hospitalisés et des consultants externes

Les prélèvements sont effectués, par les unités de soins, les blocs opératoires ou les consultations, et les résultats sont toujours adressés, directement, aux médecins prescripteurs et jamais aux malades, conformément aux directives propres à ces disciplines.

Les patients qui le souhaitent, peuvent désigner tout médecin de leur choix qui recevra copie des résultats, à condition que ce praticien figure dans l'annuaire des "Docteurs en médecine en exercice".

Le secret médical n'étant pas opposable au malade ces résultats peuvent lui être communiqués par le médecin prescripteur.

Art. 99 Présence du médecin traitant à une intervention chirurgicale

Le médecin traitant peut assister aux interventions chirurgicales que le malade aurait éventuellement à subir au cours de son hospitalisation, avec l'accord du malade et du chirurgien ou du chef de service.

TITRE IX. Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés (Art R1112-68 à R1112-76-2)

Art. 100 Fin de vie

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle.

Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent.

Art. 101 Constat du décès

Les décès sont constatés par un médecin, conformément aux dispositions du Code Civil. Un médecin établit un certificat de décès, lequel est transmis au bureau des entrées.

Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial. Copie en est transmise dans les vingt-quatre heures au bureau d'État Civil de l'Hôtel de Ville d'Argenteuil.

Art. 102 Notification du décès

La famille ou les proches sont prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

Le décès est confirmé par tout moyen.

La notification du décès est faite pour :

1° Les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;

2° Les militaires, à l'autorité militaire compétente ;

3° Les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil général.

Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel.

Art. 103 Déclaration "d'enfant sans vie"

La "déclaration d'enfant sans vie" est établie conformément aux dispositions du décret du 4 juillet 1806 (article 79-1 du Code Civil) lorsqu'un enfant est sans vie au moment de l'accouchement. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'établissement.

Art. 104 Indices de mort violente ou suspecte

Dans le cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le directeur, prévenu par le médecin responsable en avise l'autorité judiciaire, conformément à l'article 81 du Code Civil.

Art. 105 Toilette, inventaire et transport des corps

Lorsque le décès a été médicalement constaté, l'infirmier(e) de service et un autre agent du service dressent, sous la responsabilité du cadre de santé, l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc. qu'il possédait.

Cet inventaire est dressé en présence d'un témoin ; il est inscrit sur le registre spécial, paginé, tenu dans chaque service.

L'inventaire mentionné à l'alinéa précédent est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis, avec les objets qui y figurent, au régisseur.

Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du patient décédé ou à ses amis. Les biens personnels usuels sont restitués par le régisseur.

Les clés, les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement, qui les restitue aux ayants droit, du lundi au vendredi de 9 h 00 à 16 h 30.

La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tous objets laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le Code Civil.

Le transport du corps ne peut être effectué que sur production d'un certificat, signé par le chef de service ou son remplaçant, constatant que le défunt n'était pas atteint d'une des maladies contagieuses, dont la liste est fixée, par l'arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires.

Les corps des personnes décédées, à la suite d'une de ces maladies contagieuses, subissent des mesures spécifiques définies par les règlements sanitaires.

Lorsque le décès soulève un problème médico-légal, le service dans lequel le décès a eu lieu en tient informé l'agent d'amphithéâtre. Celui-ci tient le corps à la disposition des forces de police.

Art. 106 Mesures de police sanitaire

Lorsque les mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au défunt sont incinérés par mesure d'hygiène.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Art. 107 Inhumation

Les familles ont l'entière liberté du choix, de l'entreprise de pompes funèbres qui sera chargée des obsèques.

Les conditions dans lesquelles les frais d'inhumation et d'obsèques, des différentes catégories d'hospitalisés, sont pris en charge soit par les services d'aide sociale, soit par les organismes de sécurité sociale, soit par la Commune ou l'Etat, soit par l'établissement ou la succession, sont déterminées par les lois et règlements en vigueur et notamment par les articles L.2223-19 à 27 du Code général des collectivités territoriales.

Art. 108 Transport de corps à résidence avant mise en bière (Art R2213-7 à R2213-14 du Code général des collectivités territoriales)

Après le décès, le transport du corps est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de décès ou de dépôt. La déclaration est subordonnée à la détention d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et

que le défunt n'était pas atteint d'une des infections transmissibles figurant sur l'une des listes mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du CGCT.

La déclaration préalable au transport indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom et l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et le lieu d'arrivée du corps. Elle fait référence à la demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Les transports de corps avant mise en bière sont effectués au moyen de véhicules spécialement aménagés, exclusivement réservés aux transports mortuaires.

Le transport avant mise en bière d'une personne décédée vers son domicile ou la résidence d'un membre de sa famille est subordonné :

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

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

3° A l'accord du directeur de l'établissement ;

4° A l'accomplissement préalable des formalités prescrites aux articles 78,79 et 80 du code civil relatives aux déclarations de décès. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, en cas de fermeture de la mairie, ces formalités sont accomplies dès sa réouverture.

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

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

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

Art. 109 Transport de corps après mise en bière

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

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

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

QUATRIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Art. 110 Assiduité et ponctualité du personnel

L'assiduité et la ponctualité du personnel hospitalier de l'établissement sont deux des conditions essentielles du bon fonctionnement des services hospitaliers en particulier et du centre hospitalier en général.

Art. 111 Exécution des ordres reçus

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 soustraire, dans la limite de ses compétences, pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade.

Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par dispositions législatives.

Art. 112 Droit de grève

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

Art. 113 Information du supérieur hiérarchique de tout incident

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

Art. 114 Conservation en bon état des locaux, des matériels et effets

Tout membre du personnel doit veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à sa disposition par l'établissement. Il peut être exigé un remboursement en cas de dégradations volontaires ou d'incurie caractérisée.

Art. 115 Utilisation des matériels informatiques

Les personnels doivent utiliser le matériel informatique mis à leur disposition par le centre hospitalier dans le respect des termes de la charte du système d'information et du bon usage du poste informatique annexée au présent règlement intérieur.

Art. 116 Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les malades

Aucun employé de l'hôpital ne doit conserver des dépôts d'argent ou d'objets de valeur appartenant à des malades.

Ces dépôts doivent être versés, sans délai, au régisseur qui dispose d'un coffre-fort à cet effet ou, en dehors des heures d'ouverture de ce bureau, au service des Urgences équipé en matériel adéquat.

Art. 117 Interdiction des pourboires

Le personnel ne doit accepter ni rémunération, ni pourboire, ni aucune gratification en nature, de la part des malades ou des visiteurs.

Art. 118 Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Il est interdit à tout agent d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Il peut être dérogé à cette interdiction, dans les conditions prévues par la réglementation générale. Les agents doivent en informer la direction des ressources humaines.

Art. 119 Identification du personnel

Une identification du personnel par badge a été instituée dans un souci de communication, d'humanisation et de meilleure sécurité pour tous.

Art. 120 Tenue des personnels

La tenue et le comportement des personnes travaillant sur les sites du centre hospitalier Victor Dupouy doivent être irréprochables.

Un langage respectueux envers les patients est exigé.

L'absence de couvre-chef pendant les heures de service, **et jusqu'au départ des personnels médicaux et non médicaux hors de l'enceinte des sites du centre hospitalier**, constitue une marque de correction vis-à-vis des patients, des visiteurs et du personnel qui doit être respectée par les personnes travaillant dans l'enceinte de l'ensemble des sites du centre hospitalier et par l'ensemble des stagiaires. **Ce principe s'étend également aux étudiants de l'IFSI (en dehors des cours magistraux) et de l'IFAS dans les mêmes conditions.** Cette règle ne fait l'objet d'une exception que pour les activités pour lesquelles un couvre-chef est imposé par la réglementation ou jugé nécessaire sur la base des recommandations de l'équipe opérationnelle d'hygiène, dans le cadre de l'application des protocoles qu'elle a validés. A titre d'exemple, cette exception concerne notamment le bloc opératoire et l'unité de stérilisation. Dans ce cas, il est fourni par l'établissement.

Pour les personnes travaillant sur les sites du centre hospitalier en contact avec les patients, y compris les stagiaires, conformément aux recommandations de l'équipe opérationnelle d'hygiène du centre hospitalier :

- La tenue de service est obligatoire, changée tous les jours ou dès qu'elle est souillée. Elle est spécifique au travail hospitalier et ne doit jamais être emportée au domicile. En dessous, la tenue personnelle doit être à manches courtes ou relevées (sauf dans les laboratoires), ne dépassant pas la tenue de service. Pour travailler auprès du malade, aucun vêtement ne doit être mis au dessus de la tenue de service. En cas de port de blouse, celle-ci doit être fermée.

- Les cheveux sont régulièrement lavés et doivent être courts ou relevés. Le port de barbe doit être compatible avec le respect des mesures d'hygiène.

- Il est interdit de porter :

- des bijoux aux mains et aux poignets y compris les alliances et les montres ;
- tout bijou au bloc opératoire.

D'une façon générale, le personnel est soumis au respect des protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement.

Art. 121 Lutte contre le bruit et attitude envers les malades

Chaque membre du personnel doit contribuer à la lutte contre le bruit.

A tous les échelons, le personnel s'efforcera d'assurer le maximum de confort, physique et moral, aux malades dont il a la charge.

Il ne doit tenir, pendant le service, en présence des malades ou des visiteurs, aucun propos de nature à troubler le climat, de sécurité et de calme, indispensable dans les locaux hospitaliers.

Art. 122 Neutralité et laïcité du service public

Le principe de laïcité de l'Etat et de ses démembrements et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que les agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire. **Cette limitation du droit de manifester ses croyances religieuses, y compris par son aspect vestimentaire et/ou extérieur, s'applique à tous les personnels médicaux et non médicaux du centre hospitalier dans l'ensemble de ses locaux, y compris le restaurant du personnel et les extérieurs de l'établissement. Elle s'impose jusqu'au départ des personnels hors de l'enceinte des sites du**

centre hospitalier et s'étend également aux étudiants de l'IFSI (en dehors des cours magistraux) et de l'IFAS dans les mêmes conditions.

Ce principe vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, d'autant plus dans un service public dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance.

Art. 123 Respect de la liberté de conscience et d'opinion

Sauf dans les cas prévus par la réglementation (notamment celle relative au droit de grève) la liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou leur famille.

Art. 124 Accueil des familles

Les familles seront accueillies et informées avec tact et ménagement en toutes circonstances. Les familles seront avisées en temps utile, au besoin par téléphone, lorsque ce moyen pourra être utilisé, des décisions importantes concernant le malade : changement de service, intervention chirurgicale, transfert dans un autre établissement, sortie avant que la décision ait reçu exécution, sauf urgence médicale. Ces renseignements sont fournis par un membre du corps médical ou par le cadre de santé.

Art. 125 Envoi rapide des avis d'aggravation

Le personnel fera diligence pour que les avis d'aggravation et de décès parviennent aux familles par les moyens les plus rapides, notamment le téléphone lorsqu'elles ont laissé à l'hôpital un numéro à cet effet.

Art. 126 Secret professionnel

L'ensemble du personnel du centre hospitalier est tenu au secret professionnel, son non-respect risquant d'entraîner les peines prévues à l'article 226-13 du Code Pénal. Le secret professionnel est absolu, sauf exceptions prévues par la loi, et s'applique à tous les agents et en toutes circonstances vis-à-vis de toute personne, y compris les fonctionnaires de la police. Seule l'autorité judiciaire et les personnes mandatées par elle, peuvent requérir la délivrance de certificats ou la saisie de dossiers dans les conditions fixées par la loi.

Art. 127 Obligation de discrétion professionnelle

Indépendamment des prescriptions en matière de secret professionnel, les agents sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Toute communication à des personnes étrangères à l'administration hospitalière et notamment, à des journalistes, à des agents d'assurances ou à des démarcheurs est rigoureusement interdite. En l'absence d'opposition des malades, les indications d'ordre médical - telles que le diagnostic et l'évolution de la maladie- ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie ; les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par les cadres de santé, avec la prudence nécessaire.

Art. 128 Relations avec les autorités de police

Les relations des services du centre hospitalier d'Argenteuil avec les autorités de police sont régies par le protocole d'accord du 18 janvier 2022 signé entre le Centre hospitalier et le Commissariat de police d'Argenteuil.

Art. 129 Respect du libre choix des familles

Les familles ont la possibilité de faire appel à des entreprises privées (pompes funèbres, ambulances) de leur choix.

Art. 130 Interdiction des réunions publiques au centre hospitalier

Au nom du principe de neutralité du service public, les réunions publiques sont interdites au centre hospitalier, sauf autorisation expresse du directeur ou de son représentant.

Art. 131 Effets et biens personnels

Chaque membre du personnel (médical ou non) est responsable de ses effets et biens personnels.

Tout vol, toute perte (voire toute déprédation) d'argent, valeurs ou objets divers ne peut être imputé à la responsabilité de l'établissement.

Art. 132 Téléphone portable

Pendant les heures de travail au sein des services de soins, médico-techniques et de rééducation, l'usage du téléphone personnel est strictement interdit.

Art. 133 Alcool

Il est interdit à toute personne d'introduire, de distribuer et de consommer des boissons alcoolisées dans l'établissement.

La direction de l'établissement est autorisée à pratiquer un éthylotest à tout agent dont le comportement est inhabituel et laisse penser qu'il a pu s'alcooliser.

Ce contrôle a pour but de faire cesser une situation dangereuse et un état incompatible avec la sécurité pour l'agent ou pour autrui.

Le résultat de l'éthylotest ne figurera pas au dossier administratif de l'agent.

L'agent susceptible d'être contrôlé peut désigner, s'il le souhaite, un tiers qui sera présent lors du contrôle. Il peut solliciter une contre-expertise.

En cas d'éthylotest positif, la direction de l'établissement adresse l'agent au service de santé au travail.

Art. 134 Exposition aux rayonnements ionisants

Certaines activités de l'établissement peuvent entraîner pour le personnel une exposition aux rayonnements. Les personnels pratiquant ces activités doivent obligatoirement porter la dosimétrie qui leur est attribuée et respecter les consignes de travail et de sécurité affichées sur les accès des locaux dans lesquels se pratiquent ces activités. Ces personnels font l'objet d'un suivi spécifique et de formations réglementaires obligatoires spécifiques à leur poste de travail.

Les personnels non exposés aux rayonnements ionisants ne doivent en aucun cas se trouver à l'intérieur des installations lors de l'émission des rayonnements ionisants. Si tel était le cas, l'événement doit immédiatement être signalé à la personne compétente en radioprotection (PCR) et/ou au médecin du travail.

Art. 135 Crèche

Le centre hospitalier d'Argenteuil met une crèche à la disposition du personnel. Ses heures d'ouverture et de fermeture sont adaptées aux horaires du personnel.

CINQUIEME PARTIE : DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 136 Interdiction de fumer (art R. 3512-2)

Par mesure d'hygiène et de sécurité, il est interdit de fumer dans les locaux à usage collectif utilisés pour l'accueil, les soins et l'hébergement des malades. Il est également interdit de fumer aux abords des bâtiments et dans les zones identifiées comme non-fumeurs. Cette interdiction ne s'applique pas dans les abris fumeurs prévus à cet effet.

L'usage de la cigarette électronique relève de ces dispositions.

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et de développer une politique de prévention du tabagisme, une consultation hospitalière de tabacologie est implantée au sein du centre hospitalier d'Argenteuil.

L'établissement mène également des actions de sensibilisation et de formation de tous les personnels.

Art. 137 Animaux

Les animaux domestiques ne sont pas admis à l'hôpital. Cependant, les chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité sont autorisés au sein de l'hôpital conformément aux dispositions légales. Les chiens des services de sécurité de l'hôpital sont également admis.

Art. 138 Règles de circulation dans l'hôpital

Les dispositions du Code de la route s'appliquent, sur les voies de circulation de l'établissement et, notamment, les règles de stationnement.

L'équipe de sécurité de l'hôpital veille au respect des dispositions du plan de circulation.

L'administration se réserve le droit de faire appel, aux forces de police pour procéder à l'enlèvement d'un véhicule en stationnement interdit ou portant atteinte à la sécurité ou à l'ordre public.

L'accès des parkings intérieurs est réservé au personnel de l'établissement et aux personnes autorisées.

Art. 139 Associations

(Art L.1110-11 et 1112-5 ; R.1110-4 ; Circulaire N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004)

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein du centre hospitalier. Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du directeur et conclure avec le centre hospitalier d'Argenteuil une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type. L'accès auprès des malades est subordonné à cette procédure. Le chef de service peut s'opposer toutefois à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin. Une convention régit les relations entre le centre hospitalier d'Argenteuil et toute association liée à l'hôpital, que ses membres interviennent dans un, plusieurs ou l'ensemble de ses services, avec un siège social situé à l'extérieur du domaine public hospitalier ou domicilié en son sein.

Les associations qui souhaitent être domiciliées au centre hospitalier d'Argenteuil doivent au préalable adresser leurs statuts et leur budget au directeur du Centre Hospitalier. Elles informent le directeur du centre hospitalier de la composition des membres de leur bureau et de tout changement majeur susceptible d'intervenir au cours de la vie de l'Association.

La liste des équipements acquis par les associations, utilisés dans leur cadre et au sein même du centre hospitalier, est également communiquée à la direction.

Les bénévoles de la Maison des usagers, qui regroupe plusieurs associations de patients, se tiennent à la disposition des patients pour toute information, orientation ou accompagnement au cours de leur prise en charge.

Art. 140 Mise à disposition du règlement intérieur (Art R1112-78)

Le règlement intérieur est tenu à la disposition de toute personne intéressée qui peut en prendre connaissance à la direction ou bien dans chaque service du centre hospitalier d'Argenteuil en prenant l'attache du cadre infirmier ou du responsable de structure interne.

Art. 141 Mise à jour du règlement intérieur

Le règlement intérieur fera l'objet d'une mise à jour régulière tenant compte, des différentes réformes publiées dans le Journal Officiel et des décisions prises, dans l'année, par la direction, dans les différents domaines, liés au fonctionnement du centre hospitalier d'Argenteuil.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé

Annexe 2 : Charte informatique